

MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN
MAAG-DARM-LEVERARTSEN
JAARGANG 31 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2025



132

Thema: De MDL-arts in 2035

I have a dream

144

'Het piept en kraakt'

149

Digitaal, decentraal, dichtbij

Aan de vooravond van een epidemie



‘Den Haag’ bereidt zich voor op de verkiezingen. Twee partijen hebben hun programma al naar buiten gebracht.

De SP wil het eigen risico afschaffen en de VVD wil snijden in de zorgkosten. En dat terwijl de zorg voor enorme uitdagingen staat. De bevolking groeit en vergrijsst, wij doen en kunnen steeds meer, terwijl het aantal MDL-artsen afneemt en de aankomende collega’s minder willen werken en niet hun leven lang in het vak willen blijven. En dan staan we ook nog eens aan de vooravond van een epidemie. VOLT lijkt dat te zien en wil zowaar een minister van preventie.

Steeds meer patiënten hebben *self inflicted disease*: overgewicht, overmatig alcoholgebruik of een combinatie van die twee. Niet alleen op de leverpoli, maar binnen de

gehele MDL. Bij steeds meer jonge mensen, twintigers nog maar, met inflammatoire darmziekte doe ik een darmechografie. En ik zie dat het zonder maagverkleining en/of een GLP1-remmer niet goed gaat komen. Straks zijn deze middelen ook geregistreerd voor MASLD. Hoe effectiever hoe duurder. De kosten per patiënt per jaar: tussen vier- en dertigduizend euro. Naar schatting 350.000 mensen krijgen een indicatie voor deze middelen. Dat gaat jaarlijks tussen de 1,4 en 10,5 miljard euro kosten. Dat is een kwart van het huidige geneesmiddelenbudget!

Dat gaat dus gebeuren: bakken met geld uitgeven aan ziektes waarvan we weten hoe deze ontstaan. Daarom roep ik een nieuw kabinet op preventie de hoogste prioriteit te geven. De bevolking moet worden gestuurd op gedrag. Meer lichamelijke beweging en aandacht voor leefstijl op scholen, BTW-verlaging voor groente en fruit, drastische BTW-verhoging op

ultrabewerkt voedsel en een vaste - hogere - bodemprijs per eenheid alcohol.

Helaas leeft deze epidemie niet bij de bevolking. Sterker, zelfs niet binnen onze beroepsgroep: er geldt nog steeds geen alcoholverbod bij onze nascholingen. En onlangs was Nederland te klein toen de grootste chipsfabrikant dacht de prijs te kunnen verhogen door minder in een kartonnen doosje te stoppen. Eigenlijk een geweldig idee.

Als het gaat om ons klimaat, gaan er maatschappelijk steeds luider klinkende alarmbellen af. De noodklok voor de epidemie van *self inflicted disease* blijft stil. Niet alleen voor het klimaat, maar ook voor de nationale gezondheidszorg is het twee voor twaalf. Dus laten we die urgentie zo hard mogelijk van de daken schreeuwen.

Rob de Knegt

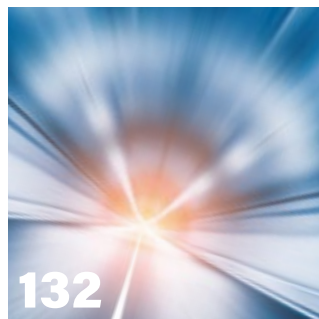
INHOUDSOPGAVE



121
Interview
Wees nieuwsgierig naar de ander



126
Gastrolympics 2025
Recorddeelname, topsport en teamspirit in Zwolle



132
Thema:
De MDL-arts in 2035



163
Onderzoek
Op zoek naar tweelingen met (en zonder) IBD voor bijzondere studie

STAND VAN ZAKEN **114** / PERISCOOP **115** / KWALITEIT **116** / DARM **118** / INTERVIEW: DIVERSITEIT & INCLUSIVITEIT **121** / MDL TRANSFERS **125** / GASTROLYMPICS **126** / NVMDL **129** / KWALITEIT **130** / COLUMN **131** / THEMA: DE MDL-ARTS IN 2035 **132-159** / RONDETAfelGESPREK: MDL-ARTSEN TEKORT **144-149** / LEVER **160** / ONDERZOEK **163** / ONCOLOGIE **164** / RECTIFICATIE **166** / PROEFSCHRIFTEN **167-169** / DE AFDELING **171**

Tussen hectiek en horizon



De zomermaanden bieden velen van ons een zeldzaam moment van rust. Even weg uit de hectiek van volle gesprekken, spoedconsulten en multidisciplinaire overleggen. Op vakantie, of simpelweg even thuis zonder agenda, ontstaat er ruimte. Ruimte om bij te komen, maar ook om stil te staan.

Juist in die stilte kan reflectie ontstaan. Wat ging het afgelopen jaar goed? Wat gaf energie, wat vroeg te veel van ons? Hoe houden we onszelf als arts, collega en mens scherp en veerkrachtig in een vak dat voortdurend in beweging is?

De MDL-zorg is dynamisch en kennisintensief, met medische vooruitgang en innovatie die elkaar in hoog tempo opvolgen. Maar juist daarom is het belangrijk om af en toe bewust stil te staan. Niet alleen bij wat we doen, maar ook bij waarom we het doen. Vakantie nodigt uit om los te komen van de waan van de dag en met een frisse blik vooruit te kijken. Welke keuzes maken we in ons werk? Waar ligt onze passie, waar liggen onze grenzen?

Nu we langzaam weer in het ritme van alledag komen, biedt de rust en afstand van de afgelopen weken de kans om met hernieuwde energie terug te keren naar de praktijk. Die ruimte voor reflectie kan helpen

om nieuwe kansen te zien in ons werk, in samenwerking en in onszelf.

Of je nu net terug bent van een wandeltocht in de bergen of een weekje aan zee, hopelijk heeft deze periode je niet alleen ontspanning gebracht, maar ook nieuwe inzichten, klein of groot.

Was getekend,
Manon Spaander
voorzitter

THEMA

De MDL-arts in 2035

Hoe ziet ons vak eruit in 2035?

De kern van het vak – hoogwaardige patiëntenzorg, klinische expertise en wetenschappelijke nieuwsgierigheid – zal blijven staan. Maar de manier waarop we die kern vormgeven zal de komende tien jaar ingrijpend veranderen. Technologische innovaties, verschuivende zorgvragen en maatschappelijke ontwikkelingen geven ons nog meer diagnostische en therapeutische mogelijkheden, maar dwingen ons tegelijkertijd tot het maken van keuzes, het stellen van prioriteiten en het herontwerpen van onze werkwijze.

Een belangrijke motor achter deze veranderingen is kunstmatige intelligentie. Het EPD fungeert niet langer louter als registratiesysteem, maar ontwikkelt zich tot een digitale collega. Het vat samen, waarschuwt, ondersteunt bij besluitvorming en leert met ons mee. Ook de introductie van nieuwe innovaties, zoals *virtual en augmented reality*, zorgt voor ontspanning bij patiënten én versterkt de opleiding van nieuwe collega's. Innovaties die nu nog 'leuke extra's' lijken, zullen in 2035 als vanzelfsprekend verweven zijn met ons dagelijkse werk.

Dat is niet alleen een luxe, maar ook een noodzaak. De zorgvraag groeit, onder andere door vergrijzing en een toename van chronische aandoeningen, terwijl het personeelsbestand krimpt. Dit vraagt om taakherschikking, slimme triage, heldere netwerkafspraken en een frisse blik op wie wat waar doet. We richten systemen en processen opnieuw in, zodat zorg verschuift van het ziekenhuis naar de thuissituatie. Dat biedt kansen om de zorgorganisatie te vernieuwen, met oog voor patiëntbehoeften en voor samenhangende zorg in regionale samenwerkingsverbanden.

De MDL-arts van 2035 werkt ook anders: in een tijd waarin werk-privébalans, diversiteit en duurzaamheid vanzelfsprekende thema's zijn. We spreken begrijpelijke taal, betrekken patiënten eerder en gelijkwaardiger, en denken na over data-ethiek.

Kortom, de kern van het vak blijft hetzelfde, maar de invulling wordt anders. In deze editie van MAGMA verkennen we de toekomst van ons vak. Hoe bereiden we ons voor op 2035? En welke kansen en uitdagingen zien we?

Renée Duijzer, Rob de Knecht en Fanny Vuurik

REDACTIE MAGMA De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 10 à 12 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o.

Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in MAGMA niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven. Wil je reageren op een artikel en/of een bijdrage insturen? Wend je dan tot de redactie via r.deknecht@erasmusmc.nl.

Referenties bij artikelen vind je in de DIGITALE editie. Kijk op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 177.

Gebruik kunstmatige intelligentie ter ondersteuning van poliepdetectie

Tegenstrijdige adviezen weerspiegelen discussie impact AI op klinisch relevante uitkomstmaten

De technologische ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar hebben het onderzoek naar kunstmatige intelligentie (*artificial intelligence; AI*) in de endoscopische literatuur sterk doen toenemen. Vooral computer-aided detection (CAdE)-systemen, die de endoscopist ondersteunen bij het opsporen van pathologie, staan volop in de schijnwerpers. Systemen die zich richten op detectie van poliepen zijn hierbij het meest onderzocht. Recente systematic reviews suggereren dat gebruik van CAdE-systemen kan helpen in het verhogen van de adenoma detection rate (ADR).¹ Momenteel wordt binnen het onderzoeksveld gedebatteerd over de werkelijke toegevoegde waarde van dit soort AI-systemen: dragen ze bij aan klinisch relevante uitkomsten en verbeteren ze de doelmatigheid van colonoscopie?

Om bij te dragen aan deze discussie, hebben de ESGE, AGA en BMJ in april jongstleden gelijktijdig zogeheten living *clinical practice guidelines* en *position statements* gepubliceerd. Expertpanels brengen daar advies uit over het gebruik van CAdE-systemen tijdens coloscopie in het kader van surveillance, screening of na een positieve FIT test.²⁻⁴ Deze expertpanels bestonden grotendeels uit endoscopisten. In de BMJ- en AGA-panels namen ook patiënten en methodologen zitting.

Werkwijze panels

In de panels werd de GRADE-methodiek (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) gebruikt om de kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs te beoordelen. Vervolgens werd na consen-

susbijeenkomsten en stemmingsrondes een definitieve aanbeveling vastgesteld. De drie panels maakten gebruik van dezelfde ondersteunende literatuur, te weten een recente systematic review en een microsimulatiemodelstudie.¹⁻⁵ De expertpanels onderling waren niet op de hoogte van elkaars aanbevelingen.

Het resultaat van de aanbevelingen was opvallend, want de expertpanels kwamen alle drie tot een andersluidend advies, waarbij gezegd moet worden dat de meningen van panelleden onderling ook verdeeld waren:

- de ESGE beveelt CAdE gebruik aan;
- de BMJ adviseert tegen het gebruik van CAdE;
- de AGA geeft aan geen duidelijke aanbeveling te kunnen geven op basis van de beschikbare literatuur.

Ondersteunende literatuur

Om deze conflicterende adviezen beter te begrijpen, is het van belang eerst kennis te nemen van de ondersteunende literatuur.

In 2024 is een *systematic review* met meta-analyse gepubliceerd waarin 43 *randomized controlled trials* (RCT's) werden geïncludeerd (34.896 patiënten).¹ De resultaten toonden dat coloscopie met CAdE de ADR significant verhoogt (ADR 44,8 procent vs. 37,4 procent; RR 1,22). Het aantal advanced colorectale neoplasieën (ACN) per coloscopie bleef echter vergelijkbaar. CAdE-gebruik leidde ook tot een hogere detectie van hyperplastische poliepen (2 per 10 coloscopieën) en een iets langere terugtrektijd (+0,6 min).

Dit suggereert dat het gebruik van CAdE leidt tot detectie van meer (kleine) poliepen, maar het is nog maar de vraag of dit klinisch relevant is. Het is daarnaast belangrijk om te benoemen dat de huidige CAdE-systemen niet zijn ontwikkeld voor de detectie van *sessiel serrated laesies*, terwijl deze poliepen nu juist klinisch relevant en moeilijk te detecteren zijn.

In de hierboven beschreven systematische review werd een toename van de ADR van circa 7-8 procent gevonden. Een eerdere

Practice » Rapid Recommendations

Computer aided detection and diagnosis of polyps in adult patients undergoing colonoscopy: a living clinical practice guideline

BMJ 2025 ; 388 : doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-082656> (Published 27 March 2025)
Cite this as: BMJ 2025;388:e082656

GUIDELINES • Volume 388, Issue 4, P690-700, April 2025

Download Full Issue

AGA Living Clinical Practice Guideline on Computer-Aided Detection-Assisted Colonoscopy

Endoscopy 2025; 57(06): 667-673
DOI: 10.1055/a-2543-0370

Download PDF

Position Statement

Use of computer-assisted detection (CAdE) colonoscopy in colorectal cancer screening and surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement

retrospectieve studie suggereert echter dat boven een ADR van 26 procent, verdere toename geen relevant effect heeft op de CRC-incidentie.⁶ Mogelijk is CADe daarom vooral van toegevoegde waarde voor *low performers*.

Zijn prestaties AI te generaliseren?

Zowel deze als ook andere recente systematische reviews includeren voornamelijk RCT's die zijn uitgevoerd in een gecontroleerde setting met geoptimaliseerde omstandigheden, zonder blinding van de (expert-)endoscopist. De resultaten uit deze studies zijn daarom niet direct te generaliseren naar de dagelijkse klinische praktijk. Dit wordt ook bevestigd in verschillende niet-gerandomiseerde studies waar CADe-gebruik in de dagelijkse praktijk niet lijkt te leiden tot verhoging van de ADR.⁷

Er bestaan serieuze zorgen over de generaliseerbaarheid van de prestaties van AI-systemen wanneer deze worden ingezet onder de heterogene omstandigheden die kenmerkend zijn voor de dagelijkse endoscopische praktijk. Denk hierbij aan verschillende instellingen van endoscopie-systemen en variaties in procedurele kwaliteit. Dit fenomeen, bekend als de *domain gap*, wordt in diverse vakgebieden steeds duidelijker zichtbaar en kan de toegevoegde waarde van AI beïnvloeden.

Integratie van AI in de dagelijkse praktijk vereist ook gerichte training voor artsen. Medisch specialisten moeten beschikken over basiskennis van de technische achtergrond van het AI-systeem, waaronder de structuur, training, validatie en beperkingen ervan. Ze moeten weten hoe het systeem patronen herkent en welke data het gebruikt om te leren, inclusief informatie over de populatie waarop het model is getest. Dit helpt hen te begrijpen in hoeverre resultaten te generaliseren zijn naar verschillende patiëntgroepen en welke bias er mogelijk speelt.

Het is cruciaal dat zij zowel de technische aspecten van AI begrijpen als in staat zijn

Tabel 1. Overzicht uitkomsten microsimulatiemodelstudie

	Standaard coloscopie*		CADe coloscopie*
CRC-incidentie	82	geen significant verschil	71
CRC-mortaliteit	15	geen significant verschil	13
ADR	37	voorkeur CADe coloscopie	45
Surveillance coloscopie	2645	voorkeur standaard coloscopie	3280

* events per 10.000 mensen

de output kritisch te evalueren. Alleen dan kunnen zij AI effectief gebruiken zonder hun klinische vaardigheden te verliezen. Er is echter een risico op *deskilling* wanneer artsen zich te afhankelijk maken van AI. Dit kan hen belemmeren in het ontwikkelen van hun eigen diagnostische vaardigheden, vooral wanneer een AI-systeem fouten maakt of niet beschikbaar is.⁸

Microsimulatiemodelstudie

Vorig jaar verscheen een studie waarin een microsimulatie Markov-model werd ontwikkeld voor 60-69-jarigen die deelnamen aan een colorectaal carcinoom (CRC) screening-programma (coloscopie of FIT).⁵ Een Markov-model simuleert hoe individuen over de tijd tussen gezondheidstoestanden (in deze studie ‘gezond’, ‘levend met CRC’, ‘dood ten gevolge van CRC’) overgaan en schat het effect van CADe versus geen CADe in over een periode van tien jaar. Bij 100.000 ‘deelnemers’ leidde CADe tot een kleine daling van het tienjaars CRC-risico bij primaire coloscopie (0,82 procent zonder CADe vs. 0,71 procent met CADe) en een minimaal verschil bij FIT-screening (5,82 procent tegen 5,77 procent). CADe is niet geassocieerd met een significant verschil in CRC-gerelateerde mortaliteit (slechts 2 ‘events’ minder in de CADe groep in een populatie van 10.000 patiënten). Daarentegen steeg het aantal surveillance-coloscopieën met CADe aanzienlijk (van 26,5 procent naar 32,8 procent). In een populatie van 10.000 screeningsdeelnemers zullen met CADe in tien jaar 635 extra (surveillance-) colos-

copieën moeten worden verricht. Er waren geen verschillen in coloscopie-gerelateerde complicaties. Een overzicht van deze uitkomsten per 10.000 mensen is te zien in Tabel 1.

De tegenstrijdige adviezen van de ESGE, AGA en BMJ weerspiegelen de lopende discussie binnen het onderzoeksveld over de impact van AI-systemen op klinisch relevante uitkomstmaten. Voorlopig kunnen we concluderen dat assistentie van CADe leidt tot detectie van een groter aantal kleine adenomen. De resultaten van de microsimulatiemodelstudie suggereren daarentegen dat dit slechts leidt tot een niet-significante marginale daling in CRC-gerelateerde mortaliteit. Bovendien leidt dit tot een aanzienlijk aantal extra te verrichten surveillance-coloscopieën. De methodologische opzet van een microsimulatiestudie geeft echter slechts een schatting van de verwachte uitkomsten. Het wachten is op de eerste klinische trials die de langetermijnuitkomsten moeten bevestigen.

Namens de NVMDL-Commissie Digitalisering,
Esmée Grobbee, Britt van Ruijven, Erik van Helden, Marieke Pierik, Joost Geesing, Anne-Fré Swager, Pauline Arends, Maartje Bartelink, Liselot van Erp, Govert Veldhuijzen en Jeroen de Groof

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Lessen vanuit het MUMC+

Duurzame implementatie van IBD-zorg op afstand

Steeds meer ziekenhuizen zetten in op zorg op afstand om de groei van chronische zorg op te vangen, patiëntuitkomsten beter te monitoren en zorg toegankelijk én betaalbaar te houden. Dit vraagt echter om een grondig herontwerp van zorgprocessen. Zulke transformatietrajecten vergen tijd, middelen en betrokkenheid. Uit implementatieonderzoek blijkt dat, zelfs na een ogenschijnlijk succesvolle invoering, de kans op terugval in oude werkwijzen groot blijft. Deze zogenoemde *evaporation* van implementatie-effecten kan leiden tot verlies van eerdere investeringen en vormt daarmee een belemmering voor duurzame, passende zorg.

In het MUMC+ heeft een interdisciplinair team van IBD-professionals (leefstijladviseur, ervaringsdeskundige, onderzoeker *realist evaluation*, stafadviseur persoonsgerichte zorg en implementatiespecialist) gekeken naar de mate van duurzame implementatie van IBD-zorg op afstand. Bovendien onderzocht dit MUMC+-team op welke manieren deze implementatie verder kan worden verbeterd. Het project maakt onderdeel uit van het ZonMw *Implementation Science Practitioner Fellowship* van dr. Stephanie Ament.

Aanpak

Om de implementatiegraad te bepalen, begon het MUMC+-team met het analyseren van declaratie- en gebruikersdata uit 2023 van MijnIBDcoach, de e-health-app als onderdeel van IBD-zorg op afstand. Er werd gekeken naar het gebruik per zorgprocesstap en waar patiënten afhaken. Daarna volgden interviews met patiënten die gestopt waren met de app of de functionaliteiten van de app deels gebruikten. De resultaten van de bevindingen werden besproken met 22 stakeholders uit diverse disciplines en organisaties, onder wie zorgverleners binnen en buiten MUMC+, ervaringsdeskundigen en implementatiespecialisten. Deze kwalitatieve data

werden geanalyseerd met het CFIR-model (*Consolidated Framework for Implementation Research*) om implementatiefactoren in kaart te brengen.

Implementatiefactoren

Belangrijke redenen voor het afhaken van patiënten waren onvoldoende uitleg over zorg op afstand, technische problemen, onduidelijke persoonlijke meerwaarde en verwachtingen van de patiënt over zorg op afstand. Bovendien bleek dat gebruikers het dashboard in de monitoringapp met Patient Reported Outcome Measures (PROMs) vaak als moeilijk te interpreteren ervoeren.

Onder meer Stichting MijnCOACH, MijnIBDcoach-ontwikkelaar Sananet en de contentcommissie voor zorgprofessionals boden ondersteuning en werkten mee aan de optimalisatie. Het MUMC+-team stelt vast dat nauwe samenwerking tussen externe partners een belangrijke factor is voor het bevorderen van duurzame implementatie. Vanwege de verschillen in zorgprocessen tussen ziekenhuizen blijkt het echter lastig om MijnIBDcoach volledig af te stemmen op lokale behoeften.

Binnen de MUMC+-organisatie speelde de aanwezigheid van andere champions een stimulerende rol. Een goed voorbeeld hiervan is het hartfalenzorgpad in het Maastrichtse ziekenhuis. Instructieverpleegkundigen informeren en motiveren patiënten als onderdeel van het *onboard*-programma van zorg op afstand. Dergelijke bestaande werkwijzen en ambassadeurs dragen bij aan de verdere acceptatie, het leerklimaat over zorg op afstand en borging van nieuwe zorgvormen, te versterken.

Naast betere monitoring en tijdige interventies hangt de kosteneffectiviteit van zorg op afstand vooral af van het vervangen van routineconsulten. Duurzame borging vraagt

om gezamenlijke inzet van het hele team.

Door onderbezetting en personeelsswisselingen blijft de uitvoering van zorg op afstand kwetsbaar, adequaat leiderschap en ambitie ten spijt. Het team ondersteunt zorg op afstand, maar succesvolle implementatie vereist blijvende veranderingen in werkroutines, vast te leggen in werkafspraken en met expliciete aandacht voor de rol van de patiënt binnen dit vernieuwde zorgmodel.

Concrete verbeteracties

De uitkomsten van het onderzoek van het MUMC+-team werden gekoppeld aan de CFIR-ERIC-tool (*Expert Recommendations for Implementing Change*). Daarmee werden implementatiestrategieën verkregen om veranderingen in de praktijk aan te brengen. In het afgelopen half jaar zijn de volgende verbeterstrategieën in het MUMC+ uitgevoerd.

1. Oprichting IBD-patiëntenpanel

Het patiëntenpanel met drie IBD-patiënten en twee patiëntconsultants van Stichting Mens Achter de Patiënt (MAP) denkt actief mee over specifieke zaken zoals informatievoorziening, bespreking van de uitkomsten van de PROMs en technische problemen. In het najaar volgt een evaluatie en wordt het panel geborgd bij het IBD-team.

2. Vernieuwing van de patiënteninformatie

Introductie van een heldere, motiverende folder op B1-niveau op basis van feedback van patiënten en getoetst door Pharos, expertisecentrum voor het terugdringen van grote gezondheidsverschillen. De folder is meer vanuit de patiënt geschreven en legt de nadruk op de meerwaarde van de zorg op afstand en stimuleert 'samen beslissen'. Sinds 1 mei wordt de folder gedeeld met alle (nieuwe) patiënten die in aanmerking komen met IBD-zorg op afstand.



Dr. Stephanie Ament,
implementatiespecialist
MUMC+



Drs. Manou Kessels,
stafadviseur Persoons-
gerichte Zorg MUMC+



Marieke Pierik,
Professor Real World Data en
MDL-Arts MUMC+



Drs. Evelien Hendrix,
PhD onderzoeker NUTRIM
Universiteit Maastricht

“De nieuwe folder is in duidelijke en eenvoudige taal geschreven. Fijn dat we hierover hebben mogen meedenken!”
– patiënt patiëntenpanel



Scan de QR code voor de folder
https://info.mumc.nl/pub-2105?m-umc_access_latest_revision=ca8p-Q62kv-FQ6Bg7xvkf2Tx6e-07f1Zta-QnSh1m6Jew

3. Betere terugkoppeling in de spreekkamer
Patiënten hebben tijdens polibezoeken behoefte aan duidelijkere en beter begrijpbare terugkoppeling van PROMs. Om die reden zijn zorgverleners getraind in het gebruik van PROMs en in ‘motiverend includeren’ om zo patiënten actief te betrekken bij zorg op afstand. Technische verbeteringen, zoals de Single Sign-On-koppeling met EPIC, vergemakkelijken dit. In de toekomst introduceert het MUMC+ het ballonendashboard, een begrijpelijk visueel hulpmiddel. Met behulp van zo’n dashboard bespreken zorgverleners met de patiënt de uitkomsten van de PROMs in de spreekkamer. De verwachting is dat hiermee de terugkoppeling aan de patiënt zal verbeteren.

Vervolg

Binnen de projectperiode zijn niet alle verbeterpunten afgevinkt. Daarom heeft het MUMC+-team een wensenlijst opgesteld en gedeeld met het IBD-team, Sananet en Stichting MijnCOACH.

“In positieve zin is het een wereld van verschil t.o.v. het begin van het IBD-zorg op afstand-project (juli 2024). De feedback in het wensenlijstje is gedetailleerd en concreet. Fijn dat er echt iets wordt gedaan met de inbreng van de IBD-patiënten!”
– patiënt patiëntenpanel

In de komende maanden worden de implementatiegraad van 2025 vergeleken met die van 2024 en de uitkomsten van de Patiënt-

ervaringsmonitor (PEM) geëvalueerd. Voor dit zorgpad heeft het MUMC+-team PEM-vragen opgesteld over het bespreken van PROMs in de spreekkamer en over de informatievoorziening. De vragen zijn een hulpmiddel voor het IBD-team om te monitoren en de PROMs-bespreking en informatievoorziening verder te verbeteren.

Tot slot volgt, ter visualisatie van knelpunten in het zorgproces, een *Functional Resonance Analysis Method* (FRAM)-analyse, die wetenschappelijk wordt gepubliceerd. De lessen die zijn geleerd gedurende het project, worden verwerkt in de PROMs-training en in de Thuismonitoring-bouwsteen van het generieke proces van het MUMC+. Daarnaast worden de lessen gedeeld met het regionale netwerk, stichting MijnCoach en patiëntenorganisatie Crohn & Colitis Nederland.

Interesse in de PEM-vragen over de informatievoorziening en het bespreken van PROMs in de spreekkamer?

Vraag deze op via pem.kio@mumc.nl.

“Succesvolle zorg op afstand vraagt om voortdurende scholing, evaluatie door het behandelteam én actieve betrokkenheid van mensen met IBD. Alleen dan kunnen nieuwe zorgprocessen echt duurzaam worden ingebed.” – Marieke Pierik

Wat andere ziekenhuizen kunnen meenemen

1. Betrek patiënten actief

Ontwikkel en evalueer samen met patiënten het zorgpad. Hun feedback leidt tot concrete verbeteringen, zoals duidelijke contactinformatie, uitleg over de meerwaarde van zorg op afstand en lotgenoteninformatie.

Houd patiënten op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen.

2. Zorg voor goede onboarding

Leg helder uit wat zorg op afstand oplevert: minder ziekenhuisbezoeken, meer regie en snellere actie bij klachten. Gebruik verschillende kanalen (gesprek, folder, website). Bied eventueel een aanvullend gesprek aan met een instructieverpleegkundige. Benadruk dat MijnIBDCoach aanvullend is op, en geen vervanging van de zorgverlener. Stimuleer patiënten niet alleen hun vaste behandelaar, maar het hele IBD-team te zien als *trusted healthcare professionals*.

3. Herhaal de boodschap

Herhaal uitleg over zorg op afstand tijdens het hele behandeltraject. Evalueer jaarlijks gezamenlijk het gebruik van de app en kijk of die nog steeds de meest passende zorg biedt. Schenk hierbij aandacht aan de motivatie van patiënten. Vraag actief om feedback over de zorg op afstand en laat hen vragen stellen over de informatie die ze hebben gekregen.

4. Laat patiënten zich gezien voelen

Persoonlijke aandacht motiveert. Bespreek PROMs-uitkomsten samen en train zorgverleners in motiverende gespreksvoering.

5. Maak inhoud flexibel

Verbeter de inhoud los van het platform. Vernieuw of pas zorgpadmaterialen, onafhankelijk van het technische systeem, aan.

6. Evalueer het zorgproces regelmatig

Onderhoud het zorgproces actief. Evalueer niet alleen patiëntuitkomsten en patiëntintervaringen, maar ook werkafspraken en teamprocessen. Zorg voor een eenduidige werkwijze om overdracht en samenwerking binnen het team te versterken.

Dank van de auteurs gaat uit naar ZonMw, dat het onderzoeksproject heeft gefinancierd.



Advertentie

Diversiteit en inclusiviteit binnen de maag-darm-leverziekten

‘Wees nieuwsgierig naar de ander’

Elk team, elke organisatie kan profiteren van diversiteit en inclusie. Ook binnen de MDL is dit een belangrijk thema. De diversiteit en daarmee de verschillende invalshoeken die mensen naar het werk meebrengen, stimuleren creativiteit en zo ook probleemoplossend vermogen. Daarnaast kunnen deze factoren bijdragen aan passende zorg voor patiënten. Voor het bestuur van de NVMDL in opleiding (i.o.) is diversiteit en inclusiviteit sinds vorig jaar een van de speerpunten. Dit jaar gaan we in gesprek met verschillende collega's over dit thema om te horen wat hun ervaringen zijn, waar ze tegen aan lopen en leren hoe het nog beter kan. Het doel is om diversiteit en inclusiviteit binnen de MDL te bevorderen. In de eerste editie spraken we twee MDL-artsen over culturele diversiteit (zie *MAGMA 1-2025*). In deze editie spreken we twee jonge collega's, waarbij we naast culturele diversiteit ook over LHBTIQA+ binnen de MDL zullen hebben. **Nour Al Kuhaili** gaat starten als PhD-student in het LUMC en **Kasper Overbeek** is vijfdejaars aios MDL in het Erasmus MC.

Door: Ineke Tan en Marieke Barnhoorn

Bicultureel
Nour Al Kuhaili noemt zichzelf bicultureel. Haar ouders vluchtten uit Irak en ze groeide op in een gezin met vier zusjes en één broertje. “Ik ben trots op en dankbaar voor de mooie Irakese cultuur. Het geeft mij een unieke kijk op twee werelden, wat heel verrijkend en krachtgevend is.” Haar familie is haar anker. Vooral haar moeder heeft haar altijd gemotiveerd en gesteund om te studeren en een onafhankelijke vrouw te worden. Haar achtergrond ziet ze vooral als haar kracht, maar ze ervoer ook drempels. “Ja, ik heb hard moeten werken om mij te bewijzen. Uit onderzoek van Lianne Mulder blijkt dat de kansen om arts of medisch specialist te worden niet gelijk zijn voor iedereen. Het mantra ‘als je hard werkt, kom je er wel’ gaat lang niet altijd op voor studenten met een migratie-achtergrond.”

Soms ervaart ze microagressies. Tijdens haar coschap chirurgie ging een chirurg er bijvoorbeeld vanuit dat ze huisarts zou

worden. “Een paar jaar geleden zei ik daar niets op. Nu zou ik meteen vragen: waarom denkt u dat? Door aannames te bevragen maak je verbinding en creëer je bewustzijn.” Dat is ook wat haar familie haar heeft meegegeven: oprecht geïnteresseerd zijn in de ander en niet invullen voor een ander. Precies hier valt nog veel winst te behalen. Eén keer kreeg ze een directe, pijnlijke opmerking van een patiënt: “Ik wil niet door jullie soort gezien worden.” Ze was overrompeld en hield vast aan haar professionele houding, maar was dankbaar dat collega's ingrepen en de patiënt hierop aanspraken. Het aanspreken van een ander is belangrijk. In dit soort situaties kunnen we lijdzaam toekijken als *bystanders*, maar ze zou graag vaker zien dat we opstaan als *upstanders*. “Als je er niks van zegt, houd je het in stand.”

Verbinden

Nour heeft een bewogen, leerzaam en transformerend jaar achter de rug. Ze studeert binnenkort af als arts, richtte het ►



Nour Al Kuhaili:

‘Ja, ik heb hard moeten werken om mij te bewijzen.’

Nour Al Kuhaili:

‘Het zou mooi zijn als we die unieke kenmerken kunnen vieren en zien als kracht, en dat iedereen voelt dat ze er mogen zijn.’

LUMCDiversity netwerk op en werd daar voorzitter van, ze is lid van de Diversity Board LUMC én ontving afgelopen jaar de Mr. K.J. Cath-prijs voor haar positieve impact binnen de Universiteit Leiden. Het LUMCDiversity netwerk, dat inmiddels uit meer dan vijftig artsen en studenten bestaat, valt onder het overkoepelende LUMC Diversity Board waaronder ook LUMC Pride, LUMC Women en Jong LUMC vallen. Nour benadrukt waarom deze netwerken zo belangrijk zijn: “Onze afkomst, geaardheid en cultuur maken ons wie we zijn. Het zou mooi zijn als we die unieke kenmerken kunnen vieren en zien als kracht, en dat iedereen voelt dat ze er mogen zijn.”

Het oprichten van het LUMCDiversity netwerk ging niet zonder slag of stoot. “Het werd soms als een gevoelig onderwerp gezien, en niet iedereen zag direct het belang. Maar de kracht van een grote, bevlogen groep mensen gaf ons doorzettingsvermogen. “Een van de hoofddoelen is verbinden en van elkaar leren. Zo kwamen een aantal opleiders via het netwerk met elkaar in contact en zitten zij nu met elkaar om de tafel om hun aios-selectieprocedures onder de loep te nemen. Bij de Interne Geneeskunde was er al een puntensysteem ontwikkeld met als doel om de *implicit bias*, het zogenaamde ‘onderbuiksgevoel’, te identificeren. Veel mensen zijn al zo goed bezig en doordat het netwerk mensen verbindt hoeft het wiel niet telkens opnieuw te worden uitgevonden.”

Diversiteit is belangrijk, maar inclusie onmisbaar

Binnen de MDL voelde Nour zich vanaf het begin welkom. “Heel belangrijk daarin

was dat ik Jeroen Maljaars (red: MDL-arts LUMC) ontmoette. Hij gaf mij ruimte en vertrouwen om onderzoek te doen en mijn ambitie te verkennen. Hij is heel mensgericht en communicatief. Dankzij hem dacht ik: dit is mijn plek, hier is ruimte voor mij.” Rolmodellen hoeven niet altijd op je te lijken, vertelt Nour. In de podcastaflevering over Diversiteit en Inclusiviteit van ‘Door het Oog van de scoop’ ging het ook over je welkom voelen in een groep. Daarvoor hoeven de mensen in de groep niet per se op je te lijken. Het gaat veel meer om het gevoel van: kan je je jezelf zijn in deze groep? Om een diverse groep mensen bij elkaar te houden is diversiteit belangrijk, zowel in zichtbare als onzichtbare verschillen. Maar zonder inclusie verlies je mensen. De belangrijkste tip die Nour geeft is: wees nieuwsgierig naar de ander. Inclusie zit vaak in de kleine dingen: een oprechte begroeting op je eerste dag, het gevoel dat er naar je geluisterd wordt, of zelfs meerdere opties bij de lunch. Het zijn signalen die zeggen: jij hoort erbij. En juist die details bouwen aan vertrouwen en verbondenheid in een team.

Tot slot heeft Nour nagedacht over de kernprincipes van INCLUSIE:

- Iedere stem telt. Maak ruimte voor verschillende perspectieven.
- Normaliseer verschillen en vier ze! Zie diversiteit als kracht.
- Check je aannames. Vraag door en wees oprecht nieuwsgierig.
- Leer van elkaars ervaringen. Gebruik bijvoorbeeld het kaartspel over grensoverschrijdend gedrag van de Leidse Co-Raad om gesprekken te openen en veilige ruimte te creëren.
- Uit ongemak komt inzicht. Groei ontstaat vaak daar waar het schuurt.
- Stimuleer veilige communicatie, ook bijvoorbeeld tijdens een overdracht.
- Inclusief leiderschap. Geef ruimte, erken talent en deel eigenaarschap.
- Erken en steun mensen. Sta naast wie zich niet gehoord voelt.



Kasper Overbeek:

‘Door een interview te geven wordt dit gedeelte van mijn leven ook heel duidelijk verbonden aan mijn carrière. Maar ik voel me hier comfortabel bij en vind het een belangrijk thema.’

Kasper Overbeek moest even nadenken toen we hem vroegen voor dit interview, maar besloot gelukkig toch mee te doen. “Als je een platform krijgt hoort daar een verantwoordelijkheid bij en ik twijfelde of ik de beste persoon hiervoor zou zijn. Queer zijn, in mijn geval homoseksualiteit, is iets dat je makkelijk gescheiden kan houden van je professionele leven, omdat het vaak niet direct zichtbaar is. Door een interview te geven wordt dit gedeelte van mijn leven ook heel duidelijk verbonden aan mijn carrière. Maar ik voel me hier comfortabel bij en vind het een belangrijk thema.”

Binnen de MDL voel ik mij welkom

Kasper groeide op in IJsselstein, in de buurt van Utrecht. Zijn gezin had een klassieke

gezinssamenstelling: vader, moeder en een zus. Na zijn studie geneeskunde ging Kasper promoveren. Hij was op zoek naar een pragmatisch en praktisch vak en vond dit bij de MDL. Hij voelde zich ook op zijn plek tussen de collega's van de MDL. Ook binnen het thema inclusiviteit en diversiteit is het belangrijk dat je aansluiting voelt binnen een groep, geeft Kasper aan. Kasper kent maar weinig openlijk queer MDL-artsen en is de enige onder zijn dertig collega-aio's in regio Rotterdam. Wat dat betreft is het vakgebied niet erg representatief en dit heeft bij momenten wel voor een gevoel van eenzaamheid gezorgd.

Leven zonder 'klassiek gezin'

Als we Kasper naar rolmodellen binnen de MDL vragen dan geeft hij aan dat die er zeker zijn. Belangrijk hierin waren de mensen die leven zonder een 'klassiek gezin', zoals hij dat kent van zijn collega aio's en ook zijn eigen ouders. "Het was belangrijk om te zien hoe zij hun leven inrichten", vertelt hij. "Ik denk dat dit ook geldt voor LHBTIQA+ collega's en het is iets dat ik ook zie bij mijn LHBTIQA+ vrienden. Juist omdat zij net als ik weinig tot geen LHBTIQA+ rolmodellen in hun familie hebben, is het belangrijk om te zien hoe je je leven naast werk inricht zonder zo'n klassiek gezin."

Maak het onzichtbare zichtbaar voor collega's en patiënten

In zijn carrière heeft Kasper nooit negatieve ervaringen gehad of drempels ervaren omdat hij queer is. Wel geeft hij aan dat het in het begin aftasten is hoe de ander ertegenover staat, wat vooral onzekerheid gaf en vermoeiend was in de coschapfase, waarin je continu van werkomgeving wisselt. Zichtbare uitingen van inclusiviteit zoals de regenboogvlag en keycords in pride kleuren van bijvoorbeeld het Erasmus MC en LUMC kunnen helpen je thuis te voelen. Maar het helpt ook als artsen hun identiteit tijdens hun werk niet onder stoelen of banken schuiven.

Je kan je voorstellen dat deze onzekerheid ook geldt voor patiënten, en in het bijzonder

voor queer patiënten. Een zorgverlener vinden die begripvol is en veiligheid biedt kan uitdagend zijn. Het helpt ook voor patiënten als er zichtbare uitingen van inclusie zijn in het ziekenhuis, zoals de regenboogvlag. Dit zegt natuurlijk niet alles over de individuele zorgverleners, maar het geeft een belangrijk signaal dat het de intentie is om inclusieve zorg te bieden. Je kan je als zorgverlener ook als 'LHBTIQA+ vriendelijk' registreren op de website van 'Roze In Wit'. Dit helpt queer patiënten om een passende arts te vinden.

Passende zorg

"Het is ook goed om te beseffen dat queer patiënten met andere problemen kunnen kampen dan andere patiënten", vertelt Kasper. Zo heeft deze groep patiënten een veel hogere kans op psychologische problemen, zoals depressies, angststoornissen en suïcidaliteit. En aandoeningen zoals perianale fistels, proctitis of motiliteitsstoornissen hebben mogelijk een groter effect op het seksleven van patiënten, wat soms nog onvoldoende wordt onderkend. Kasper benadrukt dat hier in de spreekkamer aandacht voor moet zijn.

Aanspreekvormen

Kasper merkt dat er op het gebied van gender winst te behalen is in hoe we patiënten en collega's benaderen. Met name aanspreekvormen zijn iets waarover soms nog lacherig gedaan kan worden. Vaak komt dit door onbekendheid met de begrippen en daaruit voortvloeiend ongemak, en niet uit onwil. Kasper benoemt dat dit er wel voor kan zorgen dat collega's zich minder op hun gemak voelen. Als een van de weinigen van zijn afdeling heeft hij zijn aanspreekvormen in zijn emailhandtekening gezet en hij krijgt hier wel eens vragen over. "Ik heb geen ander voornaamwoord dan mensen verwachten, maar ik weet dat voornaamwoorden voor anderen heel belangrijk kunnen zijn en dit is iets kleins wat ik zelf actief kan doen om mensen die zich gender non-conform identificeren zich welkom te laten voelen. Voor mij is het vanzelfsprekend dat dit onderdeel is van een

Kasper Overbeek:

'Het is ook goed om te beseffen dat queer patiënten met andere problemen kunnen kampen dan andere patiënten.'

handtekening, naast bijvoorbeeld je titel." In de spreekkamer vraagt Kasper ook actief naar de aanspreekvormen van patiënten: "Door het bespreekbaar te maken laat je begrip voor je patiënt zien en creëer je een veilige en open sfeer, wat je behandelrelatie versterkt." En juist door bijvoorbeeld te zorgen dat brieven de aanspreekvorm hebben die past voor de patiënt, laat je zien dat er ruimte is om te zijn wie je bent. Dan nog zal je hierin fouten maken, en dat mag, maar uiteindelijk gaat het erom dat je als zorgverlener laat zien dat je de intentie hebt om het goed te doen.

Voor meer informatie:

- CODING kennisdatabase (<https://www.codingcollectief.nl/de-kennisdatabase/>) – website met verzameling van informatie over diversiteit en inclusiviteit binnen de geneeskunde en het medisch onderwijs
- Roze in wit (<https://www.rozeinwit.nl/>)
- LHBTIQ+ De Basis cursus (<https://youtube.com/gKHL5m0QmMg>)
- Movisie LHBTIQA+ monitor 2024 (<https://www.movisie.nl/publicatie/lhbtiqua-monitor-2024>) – tweejaarlijks onderzoek naar de leefsituatie van LHBTIQA+ mensen in Nederland, inclusief cijfers over discriminatie, tonen van genderexpressie, en psychische gezondheid
- <https://www.medischcontact.nl/actueel/podcasts/podcast/grensoverschrijdend-gedrag-is-vaak-een-grijs-gebied-en-dat-willen-we-aankaarten>

Advertentie

Zomerreces

MIDDEN

In het St. Antonius Ziekenhuis zijn een veertiende en vijftiende MDL-arts begonnen: Sanne van Erp (opleiding LUMC) met als aandachtsgebied IBD en Kimberly Kamp (opleiding Erasmus MC) die per 1 maart aan de slag is gegaan met als aandachtsgebied IBD inclusief darmechografie. Yara Backes (opleiding Utrecht) is na de opleiding in Amersfoort aan de slag gegaan bij Meander Medisch Centrum als negende MDL-arts met als aandachtsgebied IBD.

WESTEN

Melek Simsek heeft haar opleiding in het Amsterdam UMC voltooid en start op 1 oktober als 13e MDL-arts in het Spaarne Gasthuis Haarlem/Hoofddorp met als aandachtsgebieden IBD en motiliteit. Rosalie Oey (opleiding Erasmus MC) start na het afronden van haar opleiding per 1 oktober in het Reinier de Graaf Gasthuis als negende MDL-arts. Haar aandachtsgebied is hepatologie.

OOSTEN

Per 1 april startte **Jelle Huisman** (opleiding UMCG) als chef de clinique in het Deventer Ziekenhuis waar hij per 1 augustus is toegetreden tot de maatschap als zesde MDL-arts. Hij heeft het stokje overgenomen van Michiel Ledebor. Zijn aandachtsgebied is (colorectale) oncologie en het verwijderen van grote colorectale poliepen/vroegcarcinomen (ESD, eFTR etc.).

Isabelle Munsterman (aios Radboudumc) start per 1 oktober 2025 als chef de clinique in het Rijnstate ziekenhuis. Daarmee keert zij na ruim drieënhalve jaar terug in Arnhem waar zij een deel van de MDL-opleiding volgde.

ZUIDEN

Roel Bogie heeft VieCuri MC achter zich gelaten en is per 1 mei aan de slag gegaan in MUMC+, als veertiende MDL-arts (allround). Hij zal zich vooral op het colon focussen. Yannick Wouters (opleiding Radboudumc) is per 1 juli tijdelijk gestart in VieCuri MC en gaat per 1 november aan de slag in Radboudumc als vijftiende MDL-arts met als aandachtsgebied darmfalen. Joanna Kruijmel heeft per 1 juni het MUMC+ verlaten en is met welverdiend pensioen gegaan.

NOORDEN

Maartje Wassink is in juni overgestapt van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen naar Treant. Zij is daar de tiende MDL-arts en heeft als aandachtsgebied IBD.

DE AANTALLEN PER AUGUSTUS 2025

683 MDL-artsen in Nederland (van wie 6 niet-leden van de NVMDL), 25 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 198 aios MDL (waarvan 160 reeds lid van de NVMDL).

Even voorstellen...

Nieuw in de rubriek MDL Transfers:

twee MDL-artsen vertellen over hun recente overstap.

Heb je zelf een nieuwe stap in je loopbaan gezet en wil je daar kort iets over vertellen? Neem dan contact op met hoofdredacteur Rob de Knecht via r.deknecht@erasmusmc.nl.



Isabelle Munsterman

"Nu ik mijn opleiding tot MDL-arts heb voltooid in het Radboudumc, start ik per 1 oktober als chef de clinique in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem. Ik vind het leuk dat ik daar de MDL in de volle breedte ga uitoefenen én ik me extra kan richten op de hepatologie. Best spannend om die eerste meters als MDL-arts te gaan maken. Tegelijkertijd kijk ik er erg naar uit om terug te komen in dit fijne team, dat ik al goed ken vanuit mijn opleidingstijd."



Jelle Huisman

"Na een mooie opleidingstijd in het UMCG en Isala ben ik afgelopen april gestart als MDL-arts in Deventer. Deventer is een prachtige, oude Hanzestad aan de IJssel en heeft een mooi streekziekenhuis voor de Sallandse bevolking. Op de afdeling zijn darmsparende behandelingen een belangrijk speerpunt. Naast algemeen MDL-arts focus ik mij op colorectale oncologie en endoscopische behandelingen van vroeg-stadium darmkanker. Mijn ambities zijn om deze behandeltechnieken goed onder de knie te krijgen en voor iedere patiënt waar mogelijk een passende darmsparende behandeling aan te bieden."



Bekijk de vacatures voor MDL-artsen op www.mdl.nl/vacatures of scan de OR code.

GastrOlympics 2025: recorddeelname



Op 5 juli 2025 vond in Zwolle de derde editie van de GastrOlympics plaats. Na een spetterende primeur in 2019 in Amsterdam en een geslaagde tweede editie in 2023 in Rotterdam, was het de eer aan regio Noord om de tot nu toe succesvolste editie te organiseren.

Vanuit het hele land kwamen ook dit jaar weer MDL-enthousiastelingen bijeen op voetbalvereniging Berkum te Zwolle. Ruim 110 sportievelingen (een deelnemersrecord!) uit Amsterdam, Rotterdam, Utrecht, Leiden en Groningen streden fanatiek om de fel-begeerde beker (*foto 1*).

De GastrOlympics 2025 werden geopend door prof. dr. en bovenal fanatiek triatleet Gerard Dijkstra (hoofd IBD-centrum, Maag-, Darm- en Leverziekten, UMC Groningen). Na een vlammend betoog over het belang van beweging voor het behoud en de bevordering van zowel fysieke als mentale gezondheid, en de gebruikelijke PHPD (voor

de kenners bekend als 'Pijntje Hier, Pijntje Daar') nadien, barstte de strijd los.

Onder leiding van FrontRow werd een afwisselend sport- en speltoernooi georganiseerd, bestaande uit zes rondes. In elke ronde konden de teams hun excellentie tonen in verscheidene vaardigheden. Zo bleken de AUMC'ers ware scherpshooters: bij Archery Tag ('trekbal met pijl en boog') lieten zij geen spaan heel van hun Groningse opponenten (*foto 2*). De Groningers daarentegen bleken begenadigde volleyballers (*foto 3*).

Zowel op het voetbalveld als bij het knotshockey werd, met Utrecht voorop, een

me, topsport en teamspirit in Zwolle



harde strijd geleverd, waarbij kleerscheuren helaas niet volledig konden worden voorkomen (foto 4). Op de stormbaan bleken de sportieve Leidenaren razendsnel en onverslaanbaar (foto 5).

De denkers konden het, na hun ontsnapping uit de EscapeRoom, opnemen tegen regionaal schaaklegende Marijn Visschedijk (MDL-arts en opleider UMC Groningen). Als ware Magnus Carlsen wist Rotterdam Marijn tijdens het simultane schaaktoernooi schaakmat te zetten (foto 6).

De biathlon bleek een ware 'armen-killer', waarbij menigeen met moeite zijn of haar scopieprogramma kon voltooien. De dag

werd afgesloten met een estafette (foto 7). Na een spannende puntentelling mocht Rotterdam opnieuw de trofee in ontvangst nemen! Vanwege een zeer verdiende tweede plaats werd regio Leiden van harte uitgenodigd om de volgende editie van de GastrOlympics te organiseren. De GastrOlympics commissie 2025 wil graag ieder die deze dag heeft mogelijk gemaakt hartelijk danken, in het bijzonder uiteraard alle enthousiaste deelnemers. Wij kijken uit naar de volgende editie, hopend dat we de trofee dan mee naar Groningen mogen nemen.

Organiserende commissie GastrOlympics 2025:

Sem Geertsema, Iris Kats, Martine Wellens, Frederike van Vilsteren, Marloes Bigirwamungu-Bargeman, Kim van der Sloot, Maarten Meijssen, Robert Mousset en Koen Beukema (foto 8).

Robert Mousset,
MDL-arts UMC Groningen
Kim van der Sloot,
aios en postdoctoraal onderzoeker
MDL UMC Groningen

Advertentie

NVMDL Algemene Ledenvergadering: samen richting geven aan onze vereniging

Als NVMDL mogen we trots zijn op wat we bereiken. Richtlijnen, kwaliteitsregistraties, opleidingstrajecten, belangenbehartiging in het zorglandschap, het zijn geen vanzelfsprekendheden. Ze zijn het resultaat van een actieve vereniging waarin leden hun expertise, tijd en energie inzetten voor het vak en voor elkaar.

Veel van wat we als vereniging neerzetten, is te danken aan de inzet van actieve leden. Denk aan raden en commissies die zich verdiepen in actuele thema's als 'less is more' of 'passende zorg', het waarborgen van duurzame inzetbaarheid en het toekomstbestendig maken van ons vak. Of collega's die zich hard maken voor meer diversiteit en duurzaamheid binnen de beroepsgroep. De inzet van deze leden verdient waardering en bovenal: navolging.

Niet ieder lid is actief betrokken. Dat hoeft ook niet. Maar juist daarom is het belangrijk om te beseffen: ook als je zelf niet actief meedoet, profiteer je wel degelijk van de resultaten. Of het nu gaat om scholingsaanbod, richtlijnontwikkeling of landelijke belangenbehartiging, de NVMDL voorziet in belangrijke voorzieningen die jouw dagelijkse werk ondersteunen.

De minst tijdsintensieve manier om toch bij te dragen, is door deel te nemen aan de Algemene Ledenvergadering (ALV). Daar

worden belangrijke besluiten genomen, wordt de koers uitgezet en worden dilemma's gedeeld. Daarom het verzoek aan alle ziekenhuizen, vakgroepen en ZBC's om namens iedere instelling één afgevaardigde aanwezig te laten zijn bij de ALV. Tegelijkertijd realiseren wij ons als bestuur: een ALV moet de moeite waard zijn. Daarom willen we ruimte maken voor échte discussie over onderwerpen die ertoe doen. Niet alleen over financiën of jaarverslagen, maar juist over thema's als:

- Hoe houden we ons vak leuk en menselijk?
- Hoe zorgen we dat 'less is more' ook écht werkt in de praktijk?
- Hoe maken we preventie tot een structureel onderdeel van onze zorg?
- Wat maakt onze vereniging toekomstbestendig?

In april jl. is via het Kennisspel een enquête gehouden over het tijdstip van de ALV. 293 leden hebben gereageerd. 41 procent heeft een voorkeur voor een ochtendsessie, 47 procent voor de middag (het huidige tijdstip) en 11 procent wil liever iets anders. Op basis hiervan vindt de eerstvolgende ALV plaats op **donderdag 11 september te DDD, Veldhoven (Baroniezaal), om 15.15 uur.**



De ALV is geen formaliteit. Het is hét moment om samen richting te geven aan onze vereniging, ons vak en onze toekomst. Dus kom, praat mee, stel vragen, breng ideeën in. Want uiteindelijk geldt: een sterke vereniging zijn we samen!

Ruud Schrauwen,
secretaris NVMDL

COLOFON

MAGMA is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Het magazine wordt gratis toegezonden aan Nederlandse MDL-artsen en andere MDL-geïnteresseerde specialisten, medische bibliotheken en besturen van patiëntenorganisaties. MAGMA verschijnt vier keer per jaar. **Oplage** 2600 exemplaren. **Redactie** Kirill Basiliya, Geert Bulte, Sietske Corporaal, Carina Verstraete, Renée Duijzer, Marina Grubben, Clasine de Klerk, Rob de Knecht, Ger Koek, Lieke Koggel, Govert Veldhuijzen, Fanny Vuik, Rachel West. **Interviews** Monique Koudijs, Erik Visser, Charlotte Piers. **Eindredactie** Van Luyken. **Redactieadres** Dr. R.J. de Knecht, hoofdredacteur MAGMA, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA ROTTERDAM. E-mail: r.deknecht@erasmusmc.nl. **Abonnementen** Secretariaat NVMDL, Postbus 657, 2003 RR Haarlem. E-mail: secretariaat@mdl.nl. **Vormgeving** AC+M, Woerden. **Druk** Deltabach Grafimedia BV, Nieuw-Vennep. ISSN: 1384-5012

MAGMA

Magma is, volgens Van Dale, 'de gesmolten massa van silicaten en oxiden in het binnenste der aarde'. Het staat als naam van dit tijdschrift voor het binnenste van de mens én voor de dynamiek van het vakgebied maag-darm-leverziekten. **Coverfoto** iStock

Update implementatie leidraden verslaglegging endoscopie

Van ontwikkeling naar praktijk

Het leveren van eenduidige en doelmatige endoscopische zorg is een van de belangrijkste speerpunten van de NVMDL. In dit kader zijn in de afgelopen periode kwaliteitsindicatoren vastgesteld en leidraden ontwikkeld voor de verslaglegging van endoscopieën. Het initiatief hiertoe, evenals de uitwerking van het proces, is in juni 2023 uitgebreid beschreven in MAGMA (*MAGMA 2-2025, pagina 69-71*). In dit artikel geven we een korte samenvatting van de huidige stand van zaken en de implementatie van deze leidraden en kwaliteitsindicatoren in de klinische praktijk.

Doel van de leidraden: structuur en duidelijkheid

De leidraden vormen een praktische invulling van gestandaardiseerde verslaglegging en dienen twee doelen. Ten eerste worden hierin de (verplichte) kwaliteitsindicatoren vastgelegd, die geregistreerd worden in DGEA/DRCE. Registratie van endoscopieën in DGEA/DRCE is niet meer vrijblijvend. Bij kwaliteitsvisitaties zal de vakgroep bevraagd worden over deze registratie. Daarnaast hebben we onlangs een positief advies gekregen voor de opname van DGEA/DRCE in het (verplichte) landelijk register kwaliteitsregistratie (www.landelijkekwaliteitsregistratie.nl).

Ten tweede bieden de leidraden per type endoscopie een template met minimaal aanbevolen verslagleggingsitems, gebaseerd op bestaande en algemeen geaccepteerde classificaties. Deze templates zijn géén verplicht format, maar dienen als handvat

voor kwalitatieve verslaglegging binnen een flexibel kader.

De leidraden beogen uniformiteit, leesbaarheid en volledigheid van endoscopieverslagen te verbeteren. Dit draagt bij aan betere kwaliteit en veiligheid van zorg en helpt onnodige herhaalprocedures te voorkomen. Daarnaast vergroten ze de bruikbaarheid van data voor (wetenschappelijke) evaluatie en kwaliteitsverbetering.

Status van de leidraden: autorisatiefase in zicht, maar levend document

De Commissie Endoscopie heeft inmiddels leidraden opgesteld (templates inclusief kwaliteitsindicatoren) voor colonoscopie, ERCP, EUS, gastroscopie en enteroscopie. Momenteel bevinden deze leidraden zich in verschillende fasen van toetsing (zie Tabel 1). De commentaarfase is essentieel: deze stelt u als lid in staat om inhoudelijke suggesties en verbeterpunten aan te dragen, voordat de leidraad definitief wordt vastgesteld (autorisatiefase). Ingezonden commentaren ná de commentaarfase worden niet meer direct in de leidraad verwerkt. Wel worden deze suggesties meegenomen bij een volgende periodieke herziening, die plaatsvindt binnen de PDCA-jaarcyclus die voor alle leidraden is ingericht. De leidraden zijn daarmee levende documenten.

Implementatie leidraden en kwaliteitsindicatoren

Voor een effectieve implementatie van de leidraden zijn wij als zorgverleners afhankelijk van goede samenwerking met softwareleveranciers, zodat de inhoud van

de leidraden op een correcte manier wordt geïntegreerd in de diverse endoscopie-verslagleggingssystemen (zoals ChipSoft, Olympus en Nexus). Voor de verplichte indicatoren vindt deze afstemming plaats binnen de DGEA/DRCE. Het bestuur van de NVMDL heeft de Commissie Digitalisering gemandateerd om als centraal aanspreekpunt op te treden voor de inbouw van de leidraden in de softwaresystemen. Inmiddels zijn afspraken gemaakt over structureel overleg tussen Clinical Audit Board DGEA/DRCE (kwaliteitsindicatoren), de Commissie Digitalisering (leidraden) en softwareleveranciers. Hierbij is het secretariaat van de NVMDL betrokken ter ondersteuning van deze overlegstructuur.

Tot slot

De leidraden voor endoscopieverslaglegging markeren een belangrijke stap richting verdere professionalisering van de endoscopische zorg. Met de autorisatie van de eerste leidraden, de aankomende commentaarronde voor de overige leidraden, de PDCA-jaarcyclus voor doorontwikkeling en de actieve rol van de Clinical Audit Board DGEA/DRCE en de Commissie Digitalisering bij de implementatie, wordt gewerkt aan een solide en toekomstbestendige standaard voor verslaglegging.

We roepen alle leden op om actief bij te dragen aan de commentaarrondes, zodat gezamenlijk een breed gedragen toepassing van de leidraden tot stand komt. Ook wordt de commissie Digitalisering graag door u geïnformeerd over obstakels bij de implementatie in uw centrum. In de komende

periode ligt de nadruk op verdere integratie van leidraden, monitoring van kwaliteits-indicatoren en evaluatie van de wijze waarop aangeleverde indicatoredata door ziekenhuizen worden benut voor verbeter-initiatieven.

Pieter Jan de Jonge, voorzitter Commissie Endoscopie, MDL-arts Erasmus MC
Marcel Groenen, lid Commissie Endoscopie en Wetenschappelijke Adviescommissie DGEA/DRCE, MDL-arts Rijnstate
Peter van der Schaar, lid Commissie Endoscopie en Clinical Audit Board DGEA/DRCE, MDL-arts St. Antonius Ziekenhuis
Govert Veldhuijzen, voorzitter Commissie Digitalisering, MDL-arts Gelre ziekenhuizen
Erik van Helden, lid Commissie Digitalisering, MDL-arts Erasmus MC

Tabel 1: Status leidraden

Type endoscopie	Status leidraad	Kwaliteitsindicatoren	(verwacht) definitief
Colonoscopie	Vastgesteld	* BPPS, * coecumintubatie, * terugtrektijd	2024
ERCP	Vastgesteld	* Adequate canulatie, * procedurele intentie gerealiseerd	2025
EUS	Autorisatiefase	Diagnostisch; * procedurele intentie gerealiseerd, *PA afwijking representatief	2025-8
Gastroscoopie	Commentaarfase	* Percentage diagnostische gastoscopieën < 55 jaar * totale endoscopietijd	2025
Enteroscopie	In bewerking	VCE: * adequate darmvoorbereiding, * volledige darm gevisualiseerd Enteroscopie: * introductie voorbij Treitz danwel ileocaecaal klep	2025



Zorg om robotjes

In metalen greep daalt onze laatste hartslag,/ Ketting en tandwielen weven het einde van de dag,/ Door ooit gehoopte remedie nu geplaagd,/ Wordt met gecodeerd staal het laatste licht vervaagd. Precisie glinstert in steriele handschoen,/ Maar slaagt er niet in te bevatten wat liefde weerstaat,/ Genezende zielen waarmee we niets doen,/ Want vooruitgang verblindt waar de zoekende geest gaat. Op zoek naar snelheid raakten we de weg kwijt,/ Een menselijke aanraking, die tot een ongepaste prijs leidt,/ Waar robotica belooft te herstellen ten spijt,/ schreeuwt een spookstem om iets dat meer gedijt. Met elke winst valt gelijk een verlies te betreuren,/ Op velden waar tederheid staat te gebeuren,/ Op paden waar het kloppend hart kan standhouden,/ Want genezing gloort wanneer het menselijke wordt behouden.
Gegenereerd op <https://www.grammarly.com/ai/ai-writing-tools/poem-generator> d.d. 21 juli 2025, (generatietermen; downside robotics cure, in quatrains), vertaald door Google Translate d.d. 22 juli 2025, waarna vrij hertaald.

In het walhalla van de robotica, China, stapelt het hightech hulpmateriaal zich op. De robotjes reproduceren ongebreideld in de staatsgereguleerde economie met een cumulatief overschot tot gevolg. Een bliepde titaniumberg. In uitpuilende fabriekshallen stel ik me de stroomloze robotjes voor, zielig gestapeld in opslagweeshuisjes, bezigheden noch speelkwartier hebbend.
Een kenmerkend voorbeeld is de aardbeiplukrobot, Strawberryfields 4 Ever, die hoort te dolen over het aardbeienbed, op zoek naar de rode vruchtjes. Oogsten met flukse beweging 'koud lissen,' kroontje intact en ongeschonden 'macroscopisch geheel verwijderd.' Daar gaat het mis. Een mens voelt, beoordeelt rijpheid en stevigheid, waarop met gepaste kracht het handmatig plukken volgt. Helaas voor de cyborg een brug te ver. De benodigde inschatting en subtiliteit zijn deze state-of-the-art bot vreemd. Menselijke toezicht en correctie blijven nodig. En zo moet de boer manueel voortploegen.

Als verstokte arts meen ik dat een welgemeende aai over de bol goed doet. Net als een zinloos woordje over het weer of de benauwde dekens van het geplastificeerde, steriele ziekenhuisbed. En ongemerkt dwaalt mijn geest naar die aardbeibot. Als een aardbeitje nu al te lastig is, hoe staat het dan met een mens, met pruik of kunstgebit, met kussens opschudden of recht leggen? Of, stilzwijgend, het vegen van de billen?

Onderwijl sluiten eerste hulp of (andere afdelingen van) ziekenhuizen vanwege almaar krimpend zorgpersoneel. In afwachting van de verlossende zorgbots. Bezwerend dat het gaat goedkomen met de Cyberx en Gigatrons. In de real(istic) world evenwel een zalig, onwetend, bestuurlijk geloof, geheel losgezongen van de praktische werkelijkheid.

¹NOS nieuws, zondag 29 juni 2025; 12:23 (nos.nl/artikel/2572947)



Samenwerking op de MDL-afdeling in 2035

De MDL-arts in 2035. Een thema dat Carina Verstraete, de enige niet-MDL-arts in de MAGMA-redactie, op het idee bracht haar droom in dit nummer centraal te stellen. In deze droom van de in UMC Utrecht werkzame verpleegkundig specialist werken artsen, physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS-en) op elke MDL-afdeling in Nederland in 2035 zij aan zij én gelijkwaardig samen op zowel innovatief, kwalitatief als inhoudelijk vlak. Haar stellige overtuiging is dat in deze werkelijkheid de zorg op de MDL-afdeling optimaal zal zijn georganiseerd, in de zin van met minder mensen, maar met behoud van kwaliteit.

Om met haar te sparren over haar droombeeld van de MDL-afdeling in 2035 en wat hiervoor zoal nodig zal zijn om dat droombeeld werkelijkheid te laten worden, nodigde ze drie collega's uit voor een Teamsgesprek. Physician assistant Anton Jonkers die in Radboudumc onderzoek doet naar leefstijlinterventies bij MDL-ziekten en als *medical information officer* werkt voor het centrum voor Buik en Bekken van het Nijmeegse ziekenhuis, MDL-arts Marcel Spanier werkzaam in Rijnstate en sinds ruim tien jaar namens de NVMDL het aanspreekpunt voor de opleiding van verpleegkundig specialisten en physician assistants (plus gastdocent voor een dag in de week), en verpleegkundig specialist en leefstijlcoach Joris Peters in het Bravis ziekenhuis.

Samenwerken op alle niveaus

Als initiator van het gesprek gooit Carina Verstraete de steen in de vijver. Wat haar opvalt, is dat PA's en VS-en nu vaak vooral voor productie worden ingezet, terwijl ze op de afdeling ook op strategisch niveau mee zouden moeten denken. "In onze opleiding komen beleidsvorming, innovatie en deskundigheidsbevordering aan de orde. Dus waarom zouden we daar niet meer bij worden betrokken? Denk bijvoorbeeld aan deelname aan visitatiecommissies of stafvergaderingen. Als we als afdeling samen doelen willen bereiken, moet je niet alleen op de werkvloer, maar op alle niveaus samenwerken."

Marcel Spanier is het met haar eens. "Het MDL-team bestaat niet alleen uit artsen. Ook PA's en VS-en spelen een cruciale rol. Als je een team bent, lever je samen inhoud. Dat betekent ook inbreng op tactisch en strategisch niveau. Zo betrekken we in

Marcel Spanier :

‘Het MDL-team bestaat niet alleen uit artsen. Ook PA’s en VS-en spelen een cruciale rol.

Als je een team bent, lever je samen inhoud. Dat betekent ook inbreng op tactisch en strategisch niveau. Zo betrekken we in Rijnstate onze PA’s en VS-en bij heidagen en strategische overleggen, zeker binnen de IBD-zorg.’

Rijnstate onze PA’s en VS-en bij heidagen en strategische overleggen, zeker binnen de IBD-zorg.

Dit niveau van samenwerking zou in 2035 ziekenhuisbreed een vanzelfsprekendheid moeten zijn en niet iets dat je nog expliciet moet benoemen. Het werk blijft uitdagend als je de samenwerking op die manier organiseert. De zorg wordt complexer en patiënten hebben vaker meerdere aandoeningen. Dus volop mogelijkheden om het werk afwisselend te houden. Het moet niet zo zijn dat complexe zorg alleen bij de medisch specialist wordt gelaten en de routine/minder complexe zorg bij de PA of VS. Ook ervaren PA’s en VS-en zijn in staat specifieke groepen, zoals IBD-patiënten, complexe zorg te leveren. Bij deze patiënten wordt het beleid vaak tijdens een gemeenschappelijk of multidisciplinair overleg besproken. Als team zijn we enorm aanvullend aan elkaar.”

Denken van buiten medische comfortzone

Joris Peters is de enige VS-er op de MDL-afdeling. “Dus dan is het best lastig om mij in elk besluit mee te nemen. Ik zit wel bij de vergaderingen van het stafbestuur en voel me zeker gehoord. Wel vind ik dat we als groep in 2035 veel meer verantwoordelijkheid en daadkracht zullen moeten uitdragen.”

Anton Jonkers kan zich als PA bij vrijwel alle staf- en heidagen laten horen. “Hierdoor ben ik op de hoogte van nieuwe ontwikkelingen en kan ik meedenken. Dat vergroot niet alleen mijn werkplezier, maar ook mijn binding met de afdeling.” Verstraete hoort dat laatste met een glimlach aan. “Precies. Het vergroot werkplezier én levert vaak innovatieve ideeën op. Wij denken soms juist van buiten de medische comfortzone.”

Naar de toekomst toe vindt Jonkers dat een medische vakgroep PA’s en VS-en blijvend moet uitdagen om te voorkomen dat zij van de ene naar de andere baan hoppen “Wat ik zie, zeker bij PA’s, is dat ze na een paar jaar redelijk makkelijk switchen. Dat komt vooral omdat ze breed zijn opgeleid. Dat is voor de gezondheidszorg misschien wel gezond, maar funest voor een afdeling. Daar is juist behoefte aan een continue factor. Het is nogal demotiverend voor MDL-artsen om een PA te zien vertrekken die nog maar net klaar is met de opleiding die zij hebben bekostigd. En als je kijkt naar de mensen die wel blijven, dan is dat omdat ze het gevoel hebben een gesprekspartner te zijn, inbreng hebben in de medische vakgroep en uitdagingen in het vooruitzicht gesteld hebben gekregen. Op diezelfde manier dagen artsen elkaar ook steeds uit. Dat is belangrijk om mensen voor de langere termijn te binden.”

Verschil PA en VS in praktijk onderscheiden

Wat Jonkers ook graag zou zien, is dat in de toekomst de verschillen in de opleiding tussen de PA en VS ook in de praktijk te onderscheiden zijn. “Dat er goed is nagedacht welke opleiding het beste bij welke taken aansluit. Wanneer zet je een VS in een kliniek en een PA in een polikliniek of andersom? In het takenpakket moet die differentiatie expliciet zijn aangebracht. Mijn droom is dat in een vacature meteen duidelijk is waarom voor die functie heel bewust naar een PA of VS wordt gezocht.”

Spanier herkent dat laatste maar al te goed. “Ik ben het met je eens dat inhoud leidend moet zijn, juist als we zo hechten aan wederzijds respect tussen onze beroepsgroepen. Nu krijg ik de indruk dat de keuze voor een PA of VS vooral financieel wordt gedreven.”

Zo ziet Jonkers dat ook. “Zeker omdat een PA tijdens een significant deel van de opleiding niet op de afdeling is en dus ook geen productie draait. Bovendien duurt de opleiding een half jaar langer dan die van een VS. Het is in termen van budget dus interessanter om een VS aan te nemen, want die draait vanaf dag 1 mee in de productie.” Spanier aanvullend: “Daar komt nog iets bij. In ons ziekenhuis betaalt de vakgroep 75 procent van de salariskosten van de PA en van de VS 25 procent. Dus ook na de opleiding is dat verschil een prikkel om een VS aan te stellen.”

Joris Peters heeft het verschil in de bekostiging van de VS en PA persoonlijk ervaren. “Ik solliciteerde op de functie van PA zoals in de advertentie stond, maar werd aangenomen als VS. Wat Anton betoogt over het belang dat je kunt groeien in je beroep en kansen krijgt, ervaar ik in deze omgeving. Ik heb een vrije rol en prettig contact met de MDL-artsen en dat maakt dat ik hier alweer zes jaar met veel plezier werk.” Zo draait hij in die vrije rol een leefstijl-poli. “Ik zie daar hoe belangrijk preventie is. Veel klachten zijn gerelateerd aan leefstijl. Als je patiënten daar goed in begeleidt, kun je veel ziekenhuiszorg voorkomen én de kwaliteit van leven verbeteren. Daar ligt echt een enorme winst.”

Jonkers wil van hem weten of leefstijlzorg moet worden geïntegreerd in de poli of dat aparte leefstijlcoaches zijn voorkeur hebben? Peters: “Ons ziekenhuis heeft een leefstijlloket. Vanuit verschillende specialismen kunnen patiënten naar dit loket worden doorverwezen. Als leefstijlcoach houd ik spreekuur op de MDL-poli. Ik heb zo’n half uur voor een gesprek. Als VS combineer ik mijn medische kennis met die van leefstijlbegeleiding. Dat is in mijn ogen de meest waardevolle vorm.” ▶

Advertentie

Joris Peters :

Ik ben er voorstander van dat een significant deel van het preventiegeld van de overheid voor leefstijlverandering naar de eerste lijn gaat.'



Marcel Spanier



Joris Peters



Anton Jonkers

Leefstijl zorg standaard MDL-zorg

Verstraete vindt dat leefstijl zorg in 2035 standaard onderdeel moet zijn van de MDL-zorg. "Ik zie vaak dat mensen advies, maar geen begeleiding krijgen. Dat moet echt anders. De vraag is of leefstijl zorg wel in het ziekenhuis moet gebeuren. Kan die zorg niet goedkoper en dichterbij huis worden georganiseerd? Is aansluiting bij de huisarts niet een logische optie?"

Jonkers heeft zijn bedenkingen. "Bij het onderzoek dat ik doe binnen leefstijl geneeskunde, zie ik dat de academische huisartsennetwerken veel goede wil hebben om mee te doen aan leefstijl studies. Toch gebeurt dat mondjesmaat, want het ontbreekt hen gewoonweg aan geld en capaciteit. Hierdoor blijven die studies in de tweede en derde lijn. Ik ben er voorstander van dat een significant deel het preventiegeld van de overheid voor leefstijl verandering naar de eerste lijn gaat."

Die spagaat bij de huisartsen valt ook Marcel Spanier op. "Ik probeer huisartsen mee te krijgen in het begeleiden van leefstijl verandering bij patiënten met MASLD. Maar net als bij ons in het ziekenhuis is er ook bij de huisartsen geen capaciteit voor die begeleiding.

Vanuit de zorg lopen we dus tegen de grenzen aan. Het is een breed maatschappelijk probleem waar politiek-bestuurlijke keuzes moeten worden gemaakt. Ik zeg, kaart het belang van een gezonde leefstijl zo vroeg mogelijk aan, te beginnen met de ouders op de consultatiebureaus en met de kinderen in het onderwijs."

Peters en Verstraete breken een lans voor het onderbrengen van leefstijl begeleiding via de 1,5-lijnszorg. Met een gezondheidszorgbudget dat de komende jaren onder druk komt te staan, schat Spanier die route als niet realistisch in. "De 1,5-lijnszorg komt maar niet van de grond, ondanks alle pogingen daartoe. Ik denk dat de 1,5-lijnszorg haalbaar is als deze beperkt blijft tot een of twee consulten. Daarna bieden de PA, VS of de medisch specialist vanuit het ziekenhuis zorg op afstand, met de patiënt zoveel mogelijk in de regio. En om die rol te kunnen pakken, zal de patiënt digitaal vaardig moeten worden. Dat is een uitdaging die er nog eens bij komt."

Digitale vaardigheid zorgverlener

De digitale transformatie vergt overigens niet alleen digitale vaardigheid van de patiënt, benadrukt Jonkers. "Op dit vlak voorzie ik ook een grote uitdaging bij een deel van onze collega's. Hun kennis van het EPD is heel basaal en ze doen daar op een Windows 98-manier hun ding mee zoals ze altijd gewend zijn geweest. Doordat het systeem zich blijft doorontwikkelen, raakt die groep collega's steeds verder achter. En het digitaliseringsproces versnelt alleen maar, mede door de komst van AI. Om iedereen mee te krijgen in de digitale transformatie, zullen we gebruikers stelselmatig moeten updaten over wat het EPD kan, hoe zij het systeem zodanig kunnen inzetten dat het ook voor hen gaat werken en wat het ze uiteindelijk aan tijd bespaart."

Om zorg op afstand succesvol te laten zijn, moet volgens Jonkers aan twee rand-

voorwaarden worden voldaan. "Digitaal verwijzen en patiëntendossiers van andere ziekenhuizen inkijken moet in 2035 toch echt wel *common practice* zijn. Dat is nu niet mogelijk doordat ziekenhuizen met verschillende EPD-systemen werken. Een andere droom van mij is dat over tien jaar digitale correspondentie met patiënten en spraak-naar-tekst verslaglegging zodanig zijn ingeburgerd dat we daar niet zoveel kostbare tijd meer aan kwijt zijn zoals nu het geval is. We zijn al ver, ook met het gebruik van AI voor onder meer het genereren van antwoorden op de talloze patiëntenvragen die het ziekenhuis dagelijks binnenkrijgt. Ik hoop dat tegen die tijd de digitaliseringsslag in de zorg helemaal is uitgerold en de testfase, waarin we nu nog verkeren, dan ver achter ons ligt."

Marcel Spanier wijst tot slot op de keerzijde van de digitale transformatie die de in 2035 soepel samenwerkende artsen, PA's en VS-en moet helpen de zorg op de MDL-afdeling efficiënt te organiseren. "In deze transformatie is de zorg afhankelijk van commerciële partijen. Dat vind ik een vervelende gedachte. Als zorgverleners zijn wij voortdurend bezig met kostenreductie, terwijl we voor de digitalisering van de zorg maar al te vaak de hoofdprijs betalen. Ik zou ervoor willen pleiten dat deze bedrijven hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen om de zorg niet alleen toegankelijk, maar ook betaalbaar te houden."

Serieuze tool voor stressreductie, pijnbestrijding en opleiding

2035: virtual reality als standaard op MDL-afdeling

Stel je voor, het is 2035. De MDL-afdeling draait op volle toeren. De wachtruimte is rustig. Niet omdat er minder patiënten zijn, maar omdat patiënten ontspannen. Een jongeman met de ziekte van Crohn zit in een stoel, VR-headset op zijn hoofd, en wandelt in gedachten door een Japans bamboebos. Zijn infuus tikt rustig door. Twee kamers verderop oefent een arts-assistent een virtuele ERCP, met realistische complicaties, maar zonder risico voor een echte patiënt.

Sciencefiction? Nauwelijks. Wereldwijd rukt virtual reality (VR) op als klinisch hulpmiddel. Wat begon als futuristisch speeltje, nestelt zich steeds steviger in behandelkamers, behandelplannen en opleidingsmodules. En dat is niet voor niets, de zorgvraag stijgt, personeel is schaars en patiënten verwachten maatwerk dat verder gaat dan 'slik maar een pil'. Ondertussen willen zorgverleners leren, oefenen en innoveren, zonder de patiënt onnodig te belasten.

In dit artikel kijken we naar de concrete rol van VR in de MDL-zorg. Niet als gadget, maar als serieuze tool voor stressreductie, pijnbestrijding en opleiding. Wat kun je morgen al doen, en wat ligt er klaar voor overmorgen?

VR als medicijn, ontspanning en pijnstilling zonder pil

Patiënten met IBD, PDS of functionele buikklachten weten het, stress en angst zijn de sluipmoordenaars van een stabiel beloop. Toch lopen we in de praktijk regelmatig vast. Cognitieve gedragstherapie is niet altijd beschikbaar, medicatie heeft grenzen en het inplannen van ontspanningsoefeningen

strandt vaak bij goede bedoelingen.

Daar komt VR als een onverwachte, maar veelbelovende bondgenoot binnen. Simpele headset, groot effect. Het werkt niet magisch, maar neuropsychologisch verklaarbaar. Intensieve immersie leidt de aandacht af en moduleert pijn- en angstperceptie. Meta-analyses laten bij medische procedures gemiddelde pijnreducties tussen 30 en 50 procent zien, met parallelle dalingen in angst en stress.^{1,2,10}

Specifiek voor MDL-gerelateerde klachten en chronische darmziekten is het bewijs kleiner, maar groeiend. Studies bij IBD en jeugdige populaties laten zien dat VR stress kan reduceren en als platform voor gedragstherapeutische componenten kan dienen.^{9,11}

Dichterbij zien we Nederlandse ziekenhuizen experimenteren met VR tijdens chemokuren, scopieën of infusen. Het principe en de uitkomsten zijn consistent met internationale literatuur: minder onrust, minder behoefte aan extra kalmering en hogere tevredenheid^{1,2}. Een patiënt omschreef het treffend, "Het voelde even alsof ik helemaal weg was. Alsof ik weer controle had over wat er in mijn hoofd gebeurde, terwijl mijn lijf werd behandeld." En dat is precies de kern. VR biedt geen wonderoplossing, maar wel een manier om regie, ontspanning en afleiding op een toegankelijke manier samen te brengen, zonder extra pillen.

Coloscopie? Relax, je zit op een tropisch strand

Een colonoscopie is voor veel mensen verre van een favoriete dagbesteding. Sommige patiënten zien het zelfs als reden om onder-

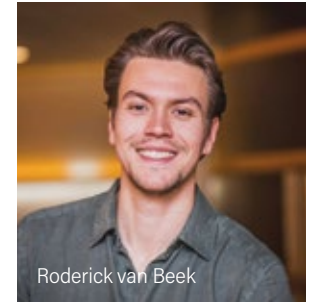
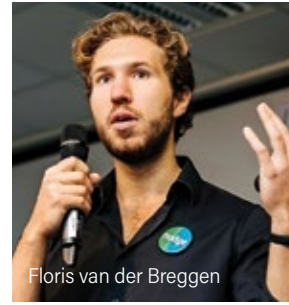
zoeken uit te stellen, met alle gevolgen van dien. Angst voor pijn, schaamte en spanning maakt het traject zwaarder dan nodig. Hoe mooi is het als je met een simpele VR-headset die spanning kunt verminderen?

In een RCT en meerdere pilots is aangetoond dat VR tijdens endoscopie pijn, angst en aanvullende sedatiebehoefte kan reduceren. Zo werd in een Turkse RCT een significante daling in pijn en angst gevonden.⁷ In reviewwerk werd een vergelijkbaar beeld geschetst, inclusief indicaties voor minder analgetica-gebruik.⁶ VR-educatie voorafgaand aan colonoscopie liet in additionele studies een betere bowel prep zien, wat de kwaliteit van de procedure ten goede kwam.³

In kinderziekenhuizen werkt dit principe al langer. Kinderen met angst voor prikken of scopieën krijgen VR-animaties of games. De aandacht verschuift en de procedure verloopt rustiger en sneller. Wat bij kinderen werkt, kan bij volwassenen net zo goed. De technische acceptatie is groter dan ooit, de drempel om een VR-headset op te zetten is vaak lager dan om een kalmeringsmiddel te nemen.

In Nederland experimenteren steeds meer klinieken met VR tijdens scopieën of infuusbehandelingen. Geen ingewikkelde opzet, een lichte, desinfecteerbare headset, een bibliotheek met 360 graden video's en een korte instructie. De patiënt kiest zelf een scène, een bergwandeling, een duiktocht, een strand, en is letterlijk weg tijdens de ingreep.

Het effect is tweeledig, een ontspannen patiënt betekent minder stress en beweging tijdens de scopie, mogelijk minder complica-



ties en vaak een aangename workflow voor het endoscopieteam.^{6,7} Een tropisch strand als stille kracht achter een soepel lopende MDL-dag.

Voorbij de stoel, gedragsinterventie en therapietrouw

VR is meer dan afleiding tijdens een scopie. Het is ook een coach in de woonkamer. Chronische darmziekten vragen niet alleen medische interventie, maar ook gedragsverandering, dieet, stressmanagement en therapietrouw. Precies op zulke onderdelen haken veel patiënten af.

In onder meer Australië zijn pilots en kleine studies uitgevoerd, waarin zowel jongere als oudere patiënten met IBD thuis VR gebruikten voor ontspanning, mindfulness of gedragstherapeutische modules. Resultaat, minder stress, meer betrokkenheid, en in sommige studies signalen voor minder opvlammingen en minder zorggebruik.^{9,11}

De kracht zit in de combinatie, VR maakt de inhoud interactief en boeiend. Een folder belandt vaak ongeopend in de la, waar een VR-sessie de patiënt onderdeel van het eigen herstelproces maakt. Ook bij functionele buikklachten wordt dit onderzocht, denk aan virtuele biofeedback, ademhalingstraining of mindfulness op maat, afgestemd op de symptomen. De eerste pilots in Nederland starten al voorzichtig: een app gekoppeld aan een VR-bril voor ontspanning bij PDS, stressmanagement bij IBD of herstel na een operatie. De uitdaging zit in de implementatie, financiering, opbouw van bewijs en het overtuigen dat gedragsinterventies net zo belangrijk zijn als de juiste medicatie.

Simulatietraining, leren zonder risico

De MDL-arts van 2035 leert niet alleen op de werkvloer, maar ook in de virtuele wereld. VR-simulaties maken het mogelijk om procedures te oefenen, complicaties na te bootsen en beslissingen te trainen, zonder dat er een patiënt op tafel ligt.

Een Cochranereview en RCT's laten zien dat VR-simulatie de leercurve voor endoscopie verkort en de klinische performance verbetert en fouten vermindert.^{5,8} VR-simulaties kunnen scenario's bevatten die je in de praktijk zelden ziet, maar wel wilt beheersen. Denk aan zeldzame complicaties, onverwachte anatomie of stressvolle situaties waarin snelle besluitvorming cruciaal is.

Voor de nieuwe generatie MDL-artsen kan dit een gamechanger zijn. Geen eindeloze observaties tot je zelf aan de beurt bent, maar actief oefenen in een veilige, gecontroleerde setting. Het verlaagt de drempel om fouten te maken, verhoogt het zelfvertrouwen en tilt de kwaliteit van de zorg omhoog. De infrastructuur is er, compacte VR-simulators, realistische scenario's en AI-feedback die direct aangeeft waar het beter kan. Wat ontbreekt, is brede implementatie. De uitdaging: opleiders en opleidingsinstituten overtuigen dat VR geen gimmick is, maar een didactisch instrument met aantoonbare waarde.

Kritische noot, geen wondermiddel

VR vervangt geen arts, geen empathisch gesprek, geen zorgvuldig uitgevoerd onderzoek en geen kundige hand aan de scopietafel. Het bewijs is bemoedigend, maar vaak nog kleinschalig en heterogeen. Er zijn grotere RCT's, kosteneffectiviteitsanalyses en

langetermijndata nodig om VR structureel in richtlijnen te verankeren.^{8,6,1}

Implementatie vraagt bovendien om duidelijke protocollen voor hygiëne, contentselecties, privacy en dataveiligheid. Bovendien moet naar vergoeding worden gekeken. Voor een patiënt met vestibulaire klachten, selectieve psychiatrische comorbiditeit of ernstige visuele beperkingen is VR niet geschikt. Kies dus selectief en protocollair.

Als laatste maar daarom niet minder belangrijk, technologie kan frictie veroorzaken in workflow en adoptie. Draagvlak, training en evaluatie zijn om die reden essentieel om VR niet als gimmick te laten stranden.

Kleine stappen vandaag maken morgen verschil

Virtual reality op de MDL-afdeling is geen toekomstmuziek, maar nu al een praktisch hulpmiddel dat stress, pijn en angst kan verminderen en jonge dokters helpt beter en sneller te leren. De vraag is niet of VR een plek krijgt, maar hoe snel we die plek samen vormgeven: verantwoord, kosteneffectief en patiëntgericht. Kleine stappen vandaag, een VR-bril in de scopiekamer of een pilot voor gedragsinterventie thuis kunnen morgen al een verschil maken.^{8,6,4}

Floris van der Breggen,
CEO, SyncVR Medical
Roderick van Beek,
implementation specialist, SyncVR Medical.

Kijk voor de referenties in de pdf van
MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.) op
www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

De medisch specialist anno 2035

Over bevlogenheid, werkplezier en vitaliteit

De zorg van morgen vraagt vandaag om scherpe keuzes. In het visiedocument *Medisch Specialist 2035* van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) wordt duidelijk dat medisch specialisten zelf de regie moeten nemen om de zorg toegankelijk, betaalbaar en van hoge kwaliteit te houden. Dit geldt voor elke discipline, maar zeker ook voor de MDL-arts en de longarts: twee specialismen die op het eerste gezicht van elkaar verschillen, maar in de praktijk met opvallend vergelijkbare uitdagingen worden geconfronteerd. Zowel in de MDL als in de longgeneeskunde zorgen een tekort aan artsen in opleiding en een toenemende vergrijzing voor druk op de dagelijkse praktijk. Leon van den Toorn, voormalig voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), laat zien hoe longartsen inzetten op bevlogenheid, werkplezier en vitaliteit om hun vak toekomstbestendig te houden.

In het FMS-visiedocument *Medisch Specialist 2035*² staat beschreven hoe wij als medisch specialisten vandaag de regie moeten nemen om de zorg van morgen van hoge kwaliteit, toegankelijk en betaalbaar te houden. Drie drijfveren geven daarbij richting: we zetten de mens centraal, we nemen onze verantwoordelijkheid voorbij de spreekkamer en we zorgen voor gezondheid en werkplezier van onszelf en onze teams. Op deze wijze houden we de zorg toekomstbestendig en ons vak aantrekkelijk. Opvallend hierbij is dat al in de inleiding de woorden gezondheid, werkplezier en aantrekkelijkheid van het vak worden genoemd. Blijkbaar moet onze eigen vitaliteit bij de uitoefening van ons vak hoog in het vaandel staan, en ik acht dat een zeer terechte basisgedachte. Immers, Aristoteles (384 v.Chr.) zei het al: "Plezier in je werk brengt perfectie in het resultaat." Blijkbaar zag hij toen al in dat werkplezier essentieel is voor een optimale inzet, bevlogenheid en het leveren van de hoogst haalbare kwaliteit van zorg aan de patiënten die ons zo hard nodig hebben. Om een andere filosoof aan te halen: "Kies een baan waarvan je houdt, en je zult nooit een dag in je leven hoeven werken" (Confucius, 551 v.Chr.).

In mijn ogen is het belangrijk om vast te stellen dat werkplezier niet alleen iets is, of zou moeten zijn, voor de *happy few*, maar eigenlijk voor iedereen met een (betaalde) baan. Werkplezier staat de laatste tijd opvallend vaak in de belangstelling, zowel als middel om onze productiviteit te verhogen als om uitval en de kans op een burn-out zo laag mogelijk te houden. Een vorm van preventie dus. Mede daarom is 'werkplezier en duurzame inzetbaarheid' gekozen als belangrijk thema binnen ons eigen NVALT-visiedocument *Op weg naar toekomstbestendige longzorg*, en ook als belangrijk thema binnen het visiedocument *Medisch Specialist 2035*. Maar wat is dat dan precies, werkplezier? Hoe bereiken we het? En hoe behouden we werkplezier in tijden van schaarste, pandemieën, conflicten en oorlogen?

Als we ons bij deze vragen richten op de longarts (i.o.) - en het staat natuurlijk buiten kijf dat wij als longartsen net als MDL-artsen een prachtig vak hebben - dan kunnen we stellen dat in deze en de komende tijd veel van een longarts (i.o.) wordt verwacht. Dat geldt natuurlijk ook voor de verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA).

Er is sprake van een hoge werkdruk bij een relatief tekort aan artsen (in opleiding), een ogenschijnlijk steeds verder toegenomen administratiedruk en de avonduren worden regelmatig gebruikt voor vergaderingen of de voorbereiding van poli's. De loopbaanmonitor van de FMS liet gelukkig zien dat (long)artsen trots zijn op hun vak en over het algemeen 's ochtends met plezier naar het werk gaan. Toch liggen ontevredenheid over het aantal gewerkte uren, de soms wat labiele werk-privébalans en een gebrek om hier zelf invloed op uit te kunnen oefenen op de loer als reden om elke week weer uit te kijken naar het weekeinde, tenminste als dat weekeinde niet ook in het teken staat van het werk. Hoe bereiken we, met al deze bedreigingen in beeld, toch een hoge mate van werkplezier?

Het lijkt erop dat hierbij diverse factoren een rol spelen, zoals het al dan niet ervaren van autonomie, de ruimte voor medezeggenschap en de mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling. Autonomie begint met een fundamentele erkenning van kwaliteit en competenties van medewerkers door de leidinggevenden. Binnen gestelde kaders moet voldoende ruimte zijn voor eigen invulling van de werkzaamheden. Daar zou in elke vakgroep of maatschap ruime aandacht voor moeten zijn, waarbij ik ervan uitga dat dat voor de MDL-arts niet anders is dan voor de longarts.

Ook is uit onderzoek gebleken dat het mogen meepraten over het functioneren en de invulling van de eigen organisatie (zorginstelling of wetenschappelijke vereniging), medezeggenschap dus, een belangrijke bijdrage levert aan het ervaren van werkplezier. Daarom

lobbyen wij als NVALT jaarlijks intensief bij het Capaciteitsorgaan voor meer opleidingsplaatsen (deels met succes) en maken we steeds vaker gebruik van de inzet van VS'en en PA's op de werkvloer. Daarnaast zitten wij aan tafel bij discussies over de concentratie en spreiding van zorg, en implementeren we groene zorg, preventie en technologische ontwikkelingen in ons dagelijks werk. Tot slot zorgt het faciliteren van persoonlijke ontwikkeling ervoor dat zorgverleners, dus ook longartsen, MDL-artsen, VS'en en PA's, werk doen dat bij hen past en hen energie geeft. We hebben daarbij ook gezien dat bepaalde *life events*, zoals de coronapandemie, nieuwe deuren kunnen openen naar capaciteiten van zorgverleners die voor die tijd nog niet optimaal naar voren kwamen. *Never waste a good crisis*, dus.

Het bruggetje naar bevlogenheid in het werk is snel gemaakt. Zonder mogelijkheden voor persoonlijke ontwikkeling en kansen om leiderschap te ontwikkelen, wordt bevlogenheid danig op de proef gesteld. Dat blijkt ook uit onderzoek, waaruit naar voren komt dat ongeveer 88 procent van de Nederlanders zich niet volledig bevlogen voelt op het werk. Hier ligt dus ook een rol voor de afdelingshoofden en opleiders. Zoals Mahatma Gandhi (1869-1948) al zei: *"A sign of a good leader is not how many followers you have, but how many leaders you create."*

De perceptie van autonomie, medezeggenschap en persoonlijke ontwikkeling bepaalt dus in belangrijke mate ons werkplezier en onze bevlogenheid. Ze vormen bovendien de basis voor de vraag of je je werk ervaart als 'lekker druk', of eerder als 'te druk'. Voor de geïnteresseerde lezer kan ik het boek *Nooit meer te druk* van Tony Crabbe aanbevelen. Graag refereer ik aan een recente NVALT-bijeenkomst op Papendal, alwaar ik een collega-longarts mocht verblijden en verrassen met de titel 'erelid', een benoeming die slechts bij hoge uitzondering door de NVALT wordt verleend. Het zeer indrukwekkende cv van deze collega werd door hemzelf haast nonchalant weggewuifd met de woorden dat hij zijn werk "gewoon altijd leuk" heeft



Leon van den Toorn:

'In mijn ogen is het belangrijk om vast te stellen dat werkplezier niet alleen iets is, of zou moeten zijn, voor de happy few, maar eigenlijk voor iedereen met een (betaalde) baan.'

gevonden. En daarmee zijn we weer terug bij Aristoteles: plezier in je werk brengt perfectie in het resultaat!

Maar er is meer: werkplezier is geen momentopname, het draait ook om de duurzaamheid van die beleving. Vergrijzing, discussies over concentratie van zorg en volumenormen, superspecialisatie versus generalisme, de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg en de toenemende invloed van e-health en AI, het zijn zomaar enkele factoren die ervoor zorgen dat onze wereld er over tien jaar weer volledig anders uitziet. Hoe zorgen we er in die veranderende wereld voor dat ons werkplezier en onze werk-privébalans overeind blijven? Los van de eerdergenoemde factoren lijkt hierbij ook een belangrijke rol weggelegd voor de eigenschap aanpassingsvermogen. Zoals Darwin al stelde: "Het is niet de sterkste of meest intelligente die overleeft, maar degene die het meest openstaat voor verandering." Wijze woorden om eens goed op je in te laten werken. Maar, zo zullen sommige zeggen, dat klinkt mooi, maar veranderingen zorgen

voor beren op onze zorgvuldig geplaveide wegen, beren die ons aanvankelijke enthousiasme voor ons vak kunnen ondermijnen. Denk bijvoorbeeld eens aan de gevolgen van een vetleveragepidemie voor MDL-artsen of de vapepandemie voor longartsen: veranderingen die ons vak, linksom of rechtsom, beïnvloeden.

Churchill (1874-1965) had hier een mooie oplossing voor: *"Success is the ability to go from one failure to the other with no loss of enthusiasm."* Oftewel: we moeten niet terugdeinzen voor verandering en het soms maken van fouten bij het benaderen van die verandering. De kans is groot dat we er steeds weer sterker uitkomen. Tenslotte leer je ook nooit goed skiën als je niet bereid bent af en toe te vallen, om maar even een alternatieve vergelijking te maken.

Na deze, enigszins filosofische, overpeiningen wil ik graag afsluiten met de opmerking dat wij een nieuwe NVALT-werkgroep hebben opgericht: de werkgroep *Werkplezier en duurzame inzetbaarheid*. Deze werkgroep heeft ons inmiddels op enthousiaste wijze meegenomen in het thema werkplezier, en heeft vele handvatten en oplossingsrichtingen geformuleerd waar wij als NVALT-leden ongetwijfeld ons voordeel mee zullen doen. Wellicht zijn er diverse parallellen te trekken met het reilen en zeilen van de MDL-artsen, aangezien onze specialismen op meerdere punten overeenkomen.

Tot slot wil ik graag nog een lans breken voor het risico dat de werk-privébalans wordt uitgelegd als een balans tussen leuke (privé) en minder leuke (werk) bezigheden. We hebben, zowel als longartsen als MDL-artsen, immers een prachtig vak dat ons dagelijks veel voldoening en werkplezier geeft of in ieder geval zou moeten geven!

Leon van den Toorn,
longarts en voormalig voorzitter van de NVALT

² <https://www.medischspecialist2035.nl/>
medisch-specialist/visie

Advertentie

Academie voor zelfzorg biedt patiënten regionaal ondersteuning

Voorkomen dat zelfmanagement uitmondt in zoek-het-zelf-maar-uit-management

Er heeft een ontwikkeling plaatsgevonden bij de ontvangers van de Nederlandse gezondheidszorg. We zien dat de emancipatie van de patiënt zich heeft ontwikkeld tot participatie van de patiënt. Het beeld waarin de patiënt zich vooral als (spreekwoordelijk) lijdend voorwerp presenteert, verdwijnt steeds meer naar de achtergrond. De patiënt verwerft in toenemende mate een plaats binnen de zorgverlening, hetgeen leidt tot een vorm van samenwerking en bereidheid om verantwoordelijkheid te dragen binnen deze zorgverlening. Het gevolg: de patiënt als partner. Zo komt in een recente kwalitatieve studie onder IBD-patiënten en hun mantelzorgers naar voren dat mantelzorgbetrokkenheid, zorg op afstand, autonomie en zelfmanagement gewaardeerde kernelementen vormen van IBD-zorg.¹ Een Academie voor zelfzorg is een voorbeeld om hier (regionaal) invulling aan te geven.

Deze ontwikkeling biedt kansen om de zorg toekomstbestendig in te richten. De kloof tussen zorgvraag en -aanbod neemt namelijk toe in de komende jaren. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid prognosticeert dat in 2060 één op de drie werkende Nederlanders in de zorg moet werken om de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden. De huidige verhouding is één op de zeven werkenden.²

De Academie voor zelfzorg: wat is het?

Een Academie voor zelfzorg biedt een regionale ondersteuningsinfrastructuur waarbinnen *dedicated* instructeurs aan de slag gaan om zelfmanagement van hoofdzakelijk patiënten, maar ook mantelzorgers, te ondersteunen daar waar het past, kan en gewenst is.³ De doelgroep is breed en beslaat mensen met een zorg- en/of ondersteuningsbehoefte, wier behoefte anders zou worden ingevuld door formele zorg en/of ondersteuning.

Zowel betrokken zorgaanbieders als welzijns-partijen maken – conform de principes van passende zorg – afspraken over wie

welke ondersteuningsactiviteiten aanbiedt, op welk moment en op welke plek. Het proactief aanbieden van ondersteuningsactiviteiten op de juiste plek en op het juiste moment leidt dientengevolge tot een daling van inzet van formele zorg en ondersteuning.

Bovenstaande aanpak is ooit ontwikkeld in Maastricht, in nauwe samenwerking tussen

het Maastricht UMC+ en thuiszorgorganisatie Envida. Momenteel krijgt het Zuid-Limburgse initiatief navolging op verschillende plekken in het land: zo heeft de regio Breda een Mantelzorgplein, startte het CWZ in Nijmegen met de afdeling Zelfzorg Thuis en voert het VieCuri geruime tijd activiteiten uit binnen de Academie voor Patiënt en Mantelzorger.

Hoewel al deze initiatieven goed aansluiten op de lokale context, zijn er universele principes te ontdekken in de uitvoering (zie Figuur 1).

1. Integrale, incidentele ondersteuning

Het regionale ondersteuningsaanbod ondersteunt het zelfmanagement van zorgvragers en mantelzorgers in de volle breedte. Deze ondersteuning bestaat uit activiteiten die zich richten op kennis over de aandoening, het goed uitvoeren van gezondheidstaken



Figuur 1. De generieke principes van een Academie voor Zelfzorg⁶. (Kijk voor de grotere versie van dit figuur in de pdf van MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.)

Advertenties

(bijvoorbeeld vaardigheden), het activeren van bestaande hulpbronnen en het integreren van ziekte in het dagelijks leven. De classificatie van zelfmanagement, volgend uit *Processes of Self-Management in Chronic Illness*⁴, vormt hiertoe een domein-overstijgende kapstok, waarbinnen ondersteuningsactiviteiten worden gecategoriseerd.

Voor MDL-patiënten kan in relatie tot het goed uitvoeren van gezondheidstaken gedacht worden aan het aanleren van de vaardigheden benodigd voor het verzorgen van een ileo- of colostoma. Bij het activeren van bestaande hulpbronnen valt te denken aan een introductiesessie van E-health applicaties zoals mijnIBDCoach.⁵ En voor het integreren van ziekte in het dagelijks leven zijn er bijvoorbeeld groepsprogramma's zoals het Patiënt en Partner Educatie Programma voor Alle chronisch zieken (PPEP4ALL).

2. Op de juiste plek

Deelnemende organisaties maken transmurale afspraken om de juiste ondersteuning op het juiste moment in het zorg- en of levenspad (lees: proactief) en op de juiste plek te geven. Daarnaast (en waar van toepassing) biedt de Academie voor zelfzorg een vangnet én opvolging voor deelnemers die een activiteit hebben gevolgd. Deze opvolging kan zich zowel richten op de juiste uitvoer van vaardigheden als op het opvolgen van de belasting van de mantelzorger.

3. Door een *dedicated* team

De Academie voor zelfzorg borgt een passende deskundigheidsmix voor de onder-

steuning die ze biedt. Instructeurs zijn kundig en bevoegd om de ondersteuning te geven en krijgen hier voldoende tijd voor. Dit betekent dat er zowel zorg- als welzijnsprofessionals in een academieteam zitten. Daarnaast zijn instructeurs didactisch onderlegd en geschoold in het herkennen van mantelzorgoverbelasting.

Door de *dedicated* inzet van instructeurs borgen aanbieders de kwaliteit, uniformiteit en beschikbaarheid van ondersteuningsactiviteiten in een steeds krappere werkdag arbeidsmarkt.

4. In een gelijkwaardig samenspel

Uitgangspunt bij de ondersteuning die wordt gegeven, is een gelijkwaardig samenspel met de deelnemers: zowel zorgvrager als diens naasten (indien van toepassing). Ondersteuning vindt plaats op vrijwillige basis, daar waar het past en wanneer de deelnemer het kan. De Academie voor zelfzorg motiveert, maar stelt niets verplicht. In de driehoek wordt gezamenlijk besloten over deelname aan een ondersteuningsactiviteit. In dit overleg komen ook de belangen van mantelzorgers aan de orde.

5. Digitaal ondersteund, tenzij ...

Er wordt gebruik gemaakt van digitale toepassingen om

- informatie laagdrempelig, begrijpelijk en op het juiste moment aan te bieden aan de deelnemer;
- het transmurale proces te faciliteren;
- informatiemateriaal voor instructies continu up-to-date te houden op basis van de laatste kennisinzichten.

Conclusie

Een Academie voor zelfzorg borgt kwaliteit, beschikbaarheid en uniformiteit van de brede ondersteuning van zelfmanagement. Dankzij de regionale samenwerking ondersteunt een Academie voor zelfzorg zelfmanagement van patiënten en hun mantelzorgers daar waar het past, kan en gewenst is. Patiënten en mantelzorgers worden gezien als gelijkwaardige partners in zorg, door hen (pro)actief te ondersteunen, nemen deelnemende zorg- en welzijnspartijen hun verantwoordelijkheid om het beroep dat patiënten en mantelzorgers doen op zelfmanagement, niet te laten uitmonden in *zoek-het-zelf-maar-uit*-management.

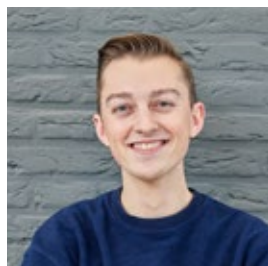
Matthijs Bosveld, arts-onderzoeker

Maastricht Universitair Medisch Centrum+
Loes van Bokhoven, huisarts en hoogleraar
interprofessioneel samenwerken en leren in
de eerstelijnsgezondheidszorg aan de
Universiteit van Maastricht

Helen Mertens, voorzitter Raad van Bestuur
Maastricht Universitair Medisch Centrum+
Walther van Mook, internist-intensivist
in het Maastricht Universitair Medisch
Centrum+ en hoogleraar Professionele
Ontwikkeling in de Medische vervolg
opleidingen i.h.b. de Intensive Care aan de
universiteit van Maastricht

Michel van Zandvoort, directeur Maastricht
Universitair Medisch Centrum+ Academie

**Kijk voor de referenties in de pdf van
MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.) op
www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.**



Matthijs Bosveld



Loes van Bokhoven



Helen Mertens



Walther van Mook



Michel van Zandvoort

Structureel tekort MDL-artsen: beroepsgroep luidt de noodklok

‘Het piept en kraakt’

Het tekort aan medisch specialisten is een groeiend probleem binnen de Nederlandse gezondheidszorg. Maar binnen het MDL-vakgebied begint het tekort echt zorgelijk te worden, merkt de beroepsgroep.

De oorzaak is een complexe mengeling van tegen elkaar inwerkende dan wel elkaar versterkende trends. Drie MDL-artsen, een verpleegkundig specialist en een aios ontwarren de knoop, geven een inkijkje in de dagelijkse praktijk en scheppen een toekomstbeeld. “Het lukt allemaal nog nét met een houtje-touwtje-constructie.”

“Je hoort het binnen ons vakgebied echt piepen en kraken. Ik maak mij ernstig zorgen als we op deze voet doorgaan”, zegt Manon Spaander, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL), hoogleraar gastro-intestinale oncologie en MDL-arts in het Erasmus MC. “Als we kijken naar de wachttijden voor poliklinische MDL-zorg bijvoorbeeld, dan behoren wij – samen met de neurologie – tot de specialismen met de langste wachttijden tot een eerste polikliniekbezoek (zie kader). Het gaat hierbij dan met name om patiënten met buikklachten. MDL-artsen moeten daarom zorgvuldig triëren om de meest spoedeisende casuïstiek er uit te halen. Wat overblijft zijn patiënten met minder urgente klachten, waarvoor de wachttijd in met name de Randstad inmiddels is opgelopen tot circa anderhalf jaar. Dat is dus echt wel aanzienlijk.”

Lange wachttijden verhogen niet alleen de werkdruk, maar beïnvloeden ook de kwaliteit van zorg, vertellen de artsen. Manon Spaander: “Alles staat of valt bij goede triage.” MDL-arts in Amsterdam UMC en voorzitter van het Concilium van de NVMDL, Kristien Tytgat: “We hebben binnen de beroepsgroep weliswaar een aantal hele goede triagecriteria, maar die zijn niet waterdicht natuurlijk.” De mondige patiënt zal in zo’n situatie zijn recht wel opeisen, vermoeden de artsen, maar de



Manon Spaander:

‘Alles staat of valt bij goede triage.’

patiënt die minder mondig is en bij triage over het hoofd wordt gezien, trekt aan het kortste eind, met alle risico’s die daarbij horen, zoals complicaties en minder (goede) behandelopties. Hoogleraar inflammatoire darmziekten en afdelingshoofd MDL in Amsterdam UMC, Geert D’Haens: “Levercirrose bijvoorbeeld of de ziekte van Crohn zijn in een vroeg stadium veel beter te behandelen dan in een vergevorderd stadium.”

Taakverschuiving

Naast de oplopende wachttijden vormt ook het rondkrijgen van de roosters een groeiend knelpunt op de werkvloer. Manon Spaander: “In sommige ziekenhuizen lukt het niet meer om alle diensten te bezetten. Het gaat daarbij allang niet meer alleen om capaciteitstekort. Het werk zelf stapelt zich zodanig op dat het nauwelijks nog binnen de professionele normen te dragen is.” De

MDL-artsen noemen een reeks van oorzaken. Manon Spaander: “Er zijn steeds meer ziektebeelden bij de MDL-artsen terechtgekomen die voorheen door de chirurgen werden behandeld, inclusief de complicaties daarvan.” Geert D’Haens: “Het beste voorbeeld daarvan zijn grote darmpoliepen waarvoor vroeger een uitgebreide operatie nodig was. Nu doen de MDL-artsen dat via de endoscopie. Bovendien groeit het aantal ouder wordende patiënten die niet altijd meer fit genoeg zijn voor een operatie, maar vaak wél voor een endoscopische interventie. Daardoor omvat ons werk nu een groot deel (voorheen) chirurgische pathologie. In ons ziekenhuis zien we op dat vlak een duidelijke taakverschuiving in onze richting.”

Ook andere zorgbesparingen leveren meerwerk voor de MDL-beroepsgroep. Manon Spaander: “De laatste jaren is er binnen de MDL-zorg sterk ingezet op het vermijden van klinische opnames – ook dankzij betere geneesmiddelen –, waardoor veel zorg naar de poliklinische setting is verplaatst. Dit levert weliswaar een zorgbesparing op systeemniveau op, maar dan moet je natuurlijk wel voldoende mankracht hebben op de polikliniek.” Zij geeft een voorbeeld: “Waar we vroeger bij IBD-patiënten vaak de darm moesten verwijderen, streven we nu veel meer naar darmbesparende behandelingen. Maar dit vraagt wel extra polibezoeken en meer surveillance van de darm.” Geert



Geert D'Haens

'Levercirrose bijvoorbeeld of de ziekte van Crohn zijn in een vroeg stadium veel beter te behandelen dan in een vergevorderd stadium.'

D'Haens geeft nog een voorbeeld: "Een endeldarmtumor die niet door de volledige darmwand is gegroeid, kunnen we tegenwoordig endoscopisch verwijderen. Het is een langdurige interventie – zo'n procedure kan wel vier uur of langer duren –, vaak onder anesthesie. Maar de patiënten hoeven geen tien dagen meer in het ziekenhuis te blijven; hooguit één of twee dagen. Ook deze taakverschuiving levert een aanzienlijke financiële besparing op, maar betekent voor de MDL-vakgroep wel veel meer werk."

Kristien Tytgat vult aan: "De oncologische behandelingen – of het nu gaat om chemotherapie, chirurgie of radiotherapie – nemen een enorme vlucht. Voor zowel de bijwerkingen als actieve surveillance (*wait-and-see*-beleid) zijn de MDL-artsen zeer belangrijk. Ook dat is een grote bulk werk dat op ons bord komt en niet meer weggaat." Zij vervolgt: "Bovendien doen de internisten – waarvan er ook tekorten zijn –, steeds vaker een beroep op ons." Manon Spaander: "Dus van veel kanten is er een verschuiving van zorg gaande, zonder dat daar een toename van capaciteit (én financieel evenredige vergoeding) tegenover staat." Tel daar de bevolkingsgroei bij op én de vergrijzing van zowel de beroepsgroep als de patiëntenpopulatie, en het is volgens de gespreksdeelnemers dweilen met de kraan open.

Ook de cao zet druk op de ketel. Geert D'Haens: "De cao schrijft voor dat als je

's nachts paraat moet staan voor spoedzorg of -overleg – ook al ben je thuis –, je de volgende dag geen patiëntenzorg mag verrichten. Dat hebben wij nog niet ingevoerd, omdat het gewoon niet kán. Als we dat wel gaan invoeren, dan hebben we de volgende dag weer een MDL-arts minder op de werkvloer, waardoor de wachttijden nog langer worden. De overheid introduceert dus weliswaar terechte wijzigingen in de cao, maar verzuimt tegelijkertijd om na te denken over de consequenties daarvan." De cao voor aios en anios maakt het er qua bezetting eveneens niet makkelijker op. Kristien Tytgat: "De richtlijnen in de cao voor aios en anios zijn heel strak en betekenen op dit moment dat een gedeelte van hun werk naar stafleden verschuift. Er is sowieso een oplopend tekort aan aios ten gevolge van een sinds enkele jaren ingezette verlaging van het aantal opleidingsplekken." Manon Spaander: "Het tekort aan anios in de perifere ziekenhuizen betekent bijvoorbeeld dat stafleden hun administratietijd moeten opofferen om aanwezigheidsdiensten te draaien, zodat zij vragen van de verpleegafdeling of de spoedeisende hulp (SEH) kunnen beantwoorden en patiënten waar nodig kunnen beoordelen."

Capaciteitsorgaan

Gezien de huidige problemen op het gebied van wachttijden, bezetting en werkdruk, kijken de MDL-artsen met onbegrip terug op het besluit van het Capaciteitsorgaan in 2019 om het aantal MDL-opleidingsplekken niet verder uit te breiden. Zij zien het zelfs als belangrijkste oorzaak van het huidige probleem. Manon Spaander: "Achteraf moet je vaststellen dat die opleidingsstop geen goede keuze is geweest. Het heeft ertoe geleid dat we nu die tekorten hebben." De andere twee MDL-artsen beamen dat.

Hoe nijpend is het tekort? Manon Spaander geeft een inkijkje in de cijfers: "Wat we nu zien, is dat we in Nederland nog steeds niet dekkend zijn qua MDL-artsen. Er zijn nog steeds ziekenhuizen waar geen vaste MDL-arts werkzaam is of waar men er simpelweg niet in slaagt iemand aan te trekken. Dit

geldt vooral voor regio's buiten de Randstad, maar ook in de Randstad zijn er ziekenhuizen die geen MDL-arts hebben. Momenteel staan er circa 40 vacatures open, naast talrijke zogenoemde 'onzichtbare vacatures': instellingen die geen vacature meer uitzetten, omdat er toch niemand reageert." Geert D'Haens vult aan: "Er zijn bovendien collega's die de pensioengerechtigde leeftijd hebben bereikt of minder willen werken, maar dat niet kunnen vanwege het gebrek aan opvolging of vervanging."

Werk-privébalans

De volgens de beroepsgroep zorgelijke situatie binnen de MDL-vakgroep kan ook zorgen voor een sneeuwbal effect: door



Kristien Tytgat

'We zien de meeste uitval bij MDL-artsen die net starten. Dat is wel iets waarover we ons zorgen maken.'

afnemend werkplezier nemen de risico's op uitval en uitstroom toe, zowel van aios als MDL-artsen. Geert D'Haens: "Ik zie relatief veel uitval van collega's die vijf of tien jaar in het vak hebben gewerkt en vervolgens zeggen: 'Het is toch niet wat ik ervan had verwacht. Ik stap over naar de industrie – of in ons geval de academie – of kies toch liever voor puur onderzoek. Zelfs in de periferie zie je dat.'" Kristien Tytgat: "We zien overigens de meeste uitval bij MDL-artsen die net starten. Dat is wel iets waarover we ons zorgen maken." Geert D'Haens: "Wat dat betreft werd ik ook getroffen door een recente enquête onder aios waaruit bleek dat ongeveer de helft van de ondervraagde ►

Advertentie

afstuderende specialisten verwacht dit werk slechts tien tot vijftien jaar te zullen doen. Dat is natuurlijk een redelijk dramatische uitkomst." Voorzitter van de NVMDL i.o. en aios MDL in het Erasmus MC, Julia Klompenhouwer, reageert: "Je moet bij die uitkomst wel wat kanttekeningen zetten. Een van de vragen was: 'Verwacht je je hele leven als MDL-arts te gaan werken?' Wij behoren tot een generatie die zich minder snel vastlegt en dus niet stellig zegt 'ik ga dit 100 procent zeker doen tot aan mijn pensioen'. Gezien de veranderingen in het zorglandschap – met toenemende tekorten en werkdruk – is er onder aios meer zoiets van 'eerst maar eens kijken hoe het werk bevalt'."

Is het vak onder aios nog aantrekkelijk? Julia Klompenhouwer: "De aios die nu in opleiding zijn, zijn over het algemeen heel enthousiast over hun werk en vinden het vak erg leuk. Tegelijkertijd heeft naar schatting 80 tot 90 procent een jong gezin, waar ze ook tijd aan willen besteden. Dus enerzijds zijn we heel bevlogen en betrokken, maar we zijn ook een generatie die graag alles goed wil doen. We willen naast ons werk ook nog tijd hebben voor ons gezin, onze vrienden en bijvoorbeeld sport. Dit betekent dat je keuzes moet maken."

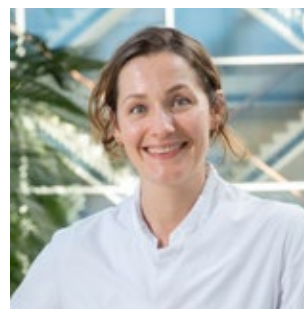
De veranderende wensen van de aios rondom een betere werk-privébalans zijn volgens de gespreksdeelnemers volstrekt legitiem, maar betekenen volgens Kristien Tytgat ook dat zich een volgend probleem aandient: "De MDL-artsen die met pensioen gaan, moeten door meer dan 1,0 fte worden opgevolgd, omdat de nieuwe generaties geen werkweken van 60 uur meer willen maken, zoals de oudere generaties doen. Dus het probleem is al groot, en zal nog groter worden." Zo verwacht het Capaciteitsorgaan dat 30,6 procent van het totaal aantal werkzame medisch specialisten de komende tien jaar uitstroomt, vooral door pensionering, maar ook door vertrek vóór de pensioenleeftijd, arbeidsongeschiktheid of andere redenen. Exacte cijfers over de verwachte uitstroom van MDL-artsen zijn

niet bekend. Bovendien haakt al 10 tot 20 procent af tijdens de opleiding, weet Kristien Tytgat. "Dit zijn dus plekken die we kwijt zijn. In feite zou je daarvoor moeten corrigeren bij het bepalen van het aantal opleidingsplekken, maar dat gebeurt niet."

Oplossingen

Kunnen de arts- of ziekenhuizen zelf nog iets aan de nijpende situatie doen, bijvoorbeeld door meer inzet van verpleegkundig specialisten, meer online consulten, meer flexibele roosters, meer inzet op 'zinnige zorg' (zorg die noodzakelijk, bewezen effectief en doelmatig is) en meer 'less is more' (de nieuwe richtlijn van de beroepsgroep bij vermeende zinloze zorg met als richtlijn: eerst stoppen, dan evalueren)?

Kristien Tytgat: "Het eerste wat ik bij deze vraag denk, is: daarmee zijn we al jáááren bezig, en blijkt geen oplossing voor het tekort. In die zin is het een gepasseerd station. Het is al-le-maal in stelling gebracht. Zo is bijvoorbeeld het aantal verpleegkundig specialisten enorm toegenomen de afgelopen jaren, juist vanwege die toegenomen werkdruk. Maar het gaat niet gelijk op met de toegenomen hoeveelheid werk en de dubbele vergrijzing – van zowel beroepsgroep als patiëntenpopulatie." De anderen beamen dat. Geert D'Haens: "Bij ons in het Amsterdam UMC is het aantal mensen in de opleiding meer dan gehalveerd. Het aantal verpleegkundig specialisten is hetzelfde gebleven. Dit wil zeggen dat de medisch specialisten veel meer zelf moeten doen." Hij vervolgt: "En er is, zeker binnen de academische ziekenhuizen, een harde drive om 'less is more' te doen. Er zijn allerlei programma's gaande. Ook binnen de diagnostiek wordt kritisch nagedacht over het huidige beleid. Neem bijvoorbeeld de Barrett-slokdarm: er wordt onderzocht of de frequentie van endoscopische controles omlaag kan ten opzichte van vroeger. Hetzelfde geldt voor kleine poliepen: moeten we die nog wel zo vaak controleren? Deze heroverwegingen zijn belangrijk, en er wordt hard over nagedacht. Maar het zijn langdurige processen, die al jaren lopen – en tot nu toe hebben ze onze werkdruk nog niet merkbaar verlicht."



Julia Klompenhouwer:

'De aios die nu in opleiding zijn, zijn over het algemeen heel enthousiast over hun werk en vinden het vak erg leuk.'

Manon Spaander: "Wat wij als NVMDL en MDL-artsen kunnen doen, is voortdurend blijven reflecteren op de vraag of de zorg die we bieden daadwerkelijk passend is, om daarmee overdiagnostiek te voorkomen. Maar dit lukt alleen als daar ook de capaciteit voor is." Femke van de Rijke, verpleegkundig specialist hepatologie in het Jeroen Bosch Ziekenhuis: "Wil je bijvoorbeeld een onderzoek voorkomen, dan heb je wat Geert ook al eerder zei, soms veel meer tijd nodig om dat met de patiënt te bespreken. Dat is dus de kostbare tijd waarin je moet nadenken over: ga ik toch even snel die scan doen om die patiënt maar gerust te stellen? Of ga ik er nog een tweede consult aan wijden om nogmaals met de patiënt in gesprek te gaan?"

Manon Spaander: "Een andere stap die we nu erg omarmen is de digitalisering. Wat kan digitaal waardoor de werk- en administratielast vermindert." Maar ook dat kost tijd om het daadwerkelijk te implementeren, weten de gespreksdeelnemers. Bovendien kost het mankracht. Geert D'Haens: "We leveren inmiddels veel zorg op afstand. Patiënten kunnen berichten sturen via het digitale zorgportaal, die binnen 72 uur beantwoord moeten worden. Maar ook daarvoor is inzet van een specialist nodig – er moet immers iemand aan de knoppen zitten om die vragen te beantwoorden." Bovendien werpt de Europese privacywetgeving – ►

Advertentie

Treeknorm wachttijden

Volgens de landelijke richtlijn (Treeknorm) ligt de maximale wachttijd voor een eerste polikliniekafspraak op vier weken. Voor diagnostiek en behandeling geldt een maximale wachttijd van zeven weken. Van de MDL-poli's haalt meer dan 86 procent die afspraak niet, bij neurologie een kleine 80 procent, blijkt uit een analyse van de vergelijkingssite Independer in het najaar van 2024, gebaseerd op data van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) – nog drempels op. Femke van de Rijke schetst een beeld van de bureaucratie die zij nu tegenkomt en ziet in AI op dat vlak volop kansen. Maar zij constateert tegelijkertijd dat de privacywetgeving nog vaak in de weg staat. “Door die privacy-issues staat het allemaal nog in de kinderschoenen. Wel gaan we binnenkort werken met Autoscriber, waarbij de gesprekken met patiënten *realtime* worden omgezet in tekst en AI de tekst vervolgens samenvat. Dat werkt echt al supermooi!” Manon Spaander concludeert: “De zaken waar we als MDL-beroepsgroep invloed op hebben, hebben we dus al ruimschoots opgepakt.

Toekomst

Gloort er nog hoop voor de toekomst? Manon Spaander: “Ik denk dat we ons nu vooral staande houden dankzij de betrokkenheid en liefde voor het vak. Juist daarom blijven we nadenken over hoe we de zorg goed kunnen blijven inrichten. Maar je voelt aan alles dat de huidige situatie eindig is. Als er

nu geen interventie komt en de capaciteit niet wordt uitgebreid, dan gaat het onvermijdelijk impact hebben – voor zowel patiënten als dokters. De werkdruk wordt dan echt onhoudbaar, het werkplezier neemt af, en uiteindelijk gaat ook de kwaliteit van zorg eronder lijden.” Geert D’Haens: “Het enige waar wij op vastlopen is de regelgeving rond het aantal dokters en specialisten dat wordt opgeleid. De rest is onderhandelbaar. Maar op die regelgeving lopen we vast.” Manon Spaander: “Ik denk dat we op dit moment op een kantelpunt staan. Het lukt allemaal nog *nét* met een soort houtje-touwtje-constructie.” Daarom doen de MDL-artsen een dringend beroep op het Capaciteitsorgaan: verhoog het aantal opleidingsplekken voor MDL-artsen. Kristien Tytgat: “Dan hebben we het probleem pas over vijf, zes jaar pas getackeld, maar dan is er in ieder geval een horizon.” Manon Spaander: “De rest kunnen we met de beroepsgroep wel aan, maar als ik één verandering mag afdwingen om het vakgebied toekomstbestendig te maken, dan zet ik echt alles in op het verhogen van de



Femke van de Rijke:

‘Wil je bijvoorbeeld een onderzoek voorkomen, dan heb je wat Geert ook al eerder zei, soms veel meer tijd nodig om dat met de patiënt te bespreken.’

capaciteit. Want als er op dat vlak niets verandert, maak ik mij grote zorgen over hoe het dan verder moet: met zowel de kwaliteit van de MDL-zorg als met de toekomst van de MDL-artsen.” ■

Laagcomplex medisch-specialistische zorg in 2035

Digitaal, decentraal, dichtbij

De Nederlandse zorg staat onder druk. Ziekenhuizen raken overbelast door dubbele vergrijzing en toenemende personeelstekorten. Huisartsen kampen met een toenemende werkdruk en patiënten wachten te lang op passende zorg. Als we kijken naar wachttijden op de MDL-poli, moeten patiënten met niet-urgente klachten in sommige ziekenhuizen zelfs meer dan een jaar wachten voordat ze terecht kunnen. Wat moet er gebeuren om in 2035 nog goede ziekenhuiszorg te kunnen bieden aan iedereen die het nodig heeft? In dit artikel schetst voormalig internist-infectioloog en thans medisch directeur van Ksyos Joop Arends zijn visie op de ziekenhuiszorg over tien jaar.



Bij Ksyos geloven we dat het antwoord ligt in het structureel anders organiseren van medisch-specialistische zorg. Niet door het ziekenhuis als instelling af te schaffen, maar door laagcomplex medisch-specialistische zorg digitaal en decentraal te organiseren. De afgelopen 25 jaar hebben we veel ervaring opgedaan in digitale netwerkzorg. We weten dat het werkt en zien de komende jaren veel kansen voor brede toepassing.

Ksyos: netwerkzorg en digitaal platform als fundament

Bijna 25 jaar geleden begon Ksyos als een initiatief van een vooruitstrevende dermatoloog die zag dat veel zorgvragen efficiënter en dichter bij de patiënt georganiseerd konden worden. Wat begon als tele-dermatologie, groeide uit tot een digitaal ziekenhuis met landelijke dekking en een breed palet aan zorgpaden in onder meer cardiologie, GGZ, slaapgeneeskunde, oogheelkunde en obesitaszorg. De kern van deze ontwikkeling:

- laagcomplex medisch-specialistische zorg wordt zo dicht mogelijk rondom de patiënt of in de wijk georganiseerd;
- zorgtaken worden zo laag mogelijk in de medische piramide belegd (*figuur 1*).

Deze benadering heeft geleid tot een zorgmodel waarin diagnostiek, monitoring en behandeling plaatsvinden in de wijk, bij de huisarts of thuis bij de patiënt. Enkele voorbeelden uit de praktijk: holter-onderzoek bij ritmestoornissen wordt thuis door de patiënt uitgevoerd, digitaal beoordeeld door de cardioloog en teruggekoppeld aan de patiënt door de huisarts. Tele-dermatologie vervangt het poliklinisch consult; oog-onderzoek gebeurt lokaal bij de optometrist waarbij de fundusfoto's digitaal door de oogarts worden gecontroleerd; slaaponderzoek vindt thuis plaats waarbij de diagnose via een digitaal consult met een somnoloog worden besproken.

Patiënten leveren zelf gegevens aan – vaak met verrassend hoge kwaliteit – en worden zo mede-eigenaar van hun eigen zorgproces. Belangrijk hierbij is dat onderzoeken

volgens tweedelijns protocollen worden uitgevoerd en dat de medisch specialist digitaal meekijkt en beoordeelt. Tegelijkertijd blijft de menselijke maat behouden: er is altijd een zorgverlener betrokken en, waar nodig, vindt fysieke zorg plaats in de wijk of thuis. Op deze manier verzinnen we geen nieuwe zorg, maar innoveert Ksyos het proces door dit rondom de patiënt te organiseren.

Nieuw zorgmodel vraagt om nieuwe rollen

Door voortdurend te investeren in innovatie en gebruiksvriendelijke digitale oplossingen, sloten meer dan 7.000 huisartsen en 4.500 specialisten en paramedici zich aan bij het Ksyos-netwerk. Inmiddels worden dagelijks zo'n 850 patiënten geholpen via Ksyos. Daarmee zijn we een platform en zorginstelling in één. Deze combinatie maakt het mogelijk om zorgpaden digitaal in te richten en tegelijkertijd te voldoen aan alle kwaliteitseisen en bekostigingsvoorwaarden van reguliere medisch specialistische zorg.

De huisarts speelt bij Ksyos een centrale rol. Niet alleen als verwijzer, maar ook als regisseur van het zorgproces. Door de snelle en inhoudelijke terugkoppeling van medisch-specialisten leren huisartsen bij, waardoor ze steeds meer zorgvragen zelfstandig kunnen afhandelen. Gebaseerd op evaluaties door huisartsen van ruim 155.000 zorgtrajecten, ervaart 74 procent het als een leerzaam traject en geeft 86 procent aan dat de patiënt hiermee is geholpen. Het zorgmodel versterkt de eerstelijnszorg en voorkomt, gemiddeld genomen (over alle zorgpaden heen), zo'n 70 procent van de verwijzingen naar het ziekenhuis. Ook andere zorgprofessionals, zoals optometristen, audiiciens en fysiotherapeuten, krijgen een grotere rol in het netwerk. Onder supervisie van medisch specialisten voeren zij diagnostiek en behandeling uit. Het maakt hun werk zinvoller en vergroot de capaciteit van ons zorgmodel.

Uit het impact rapport 2025 van Ksyos voor de zorgverzekeraars blijkt dat digitale zorg niet alleen efficiënt is, maar ook leidt

tot minder reisbewegingen van patiënten, lagere zorgkosten en veel vrijgespeelde FTE's in de tweede lijn die ingezet kunnen worden voor andere zorgtaken. Tegelijkertijd blijft de kwaliteit gewaarborgd door specialistische supervisie en slimme digitale processen.

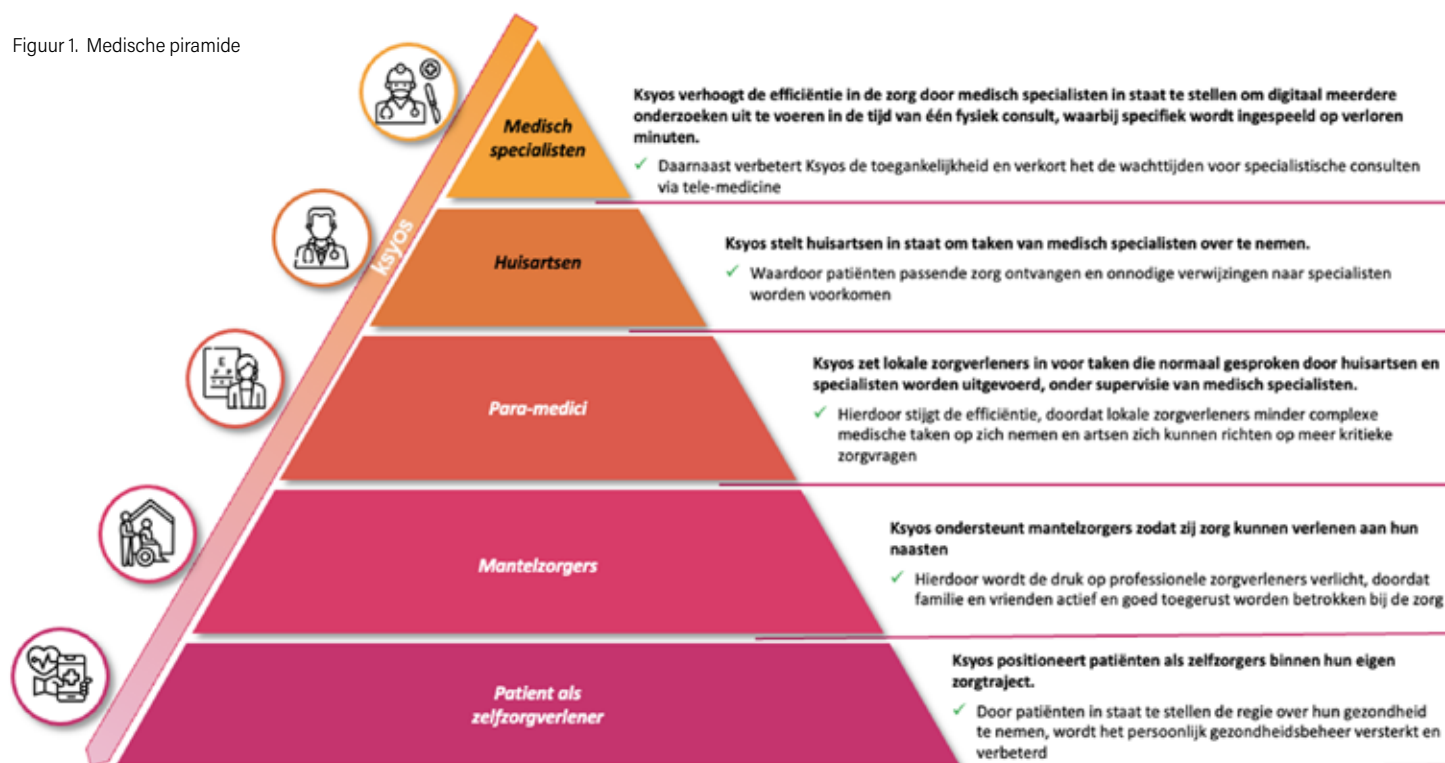
Het ziekenhuis in 2035: topklinische zorg, onderzoek, opleiding

Waar het ziekenhuis in de twintigste eeuw fungeerde als fysieke plek voor diagnose en behandeling, zal het in 2035 primair een functie in het zorgnetwerk vervullen. Voor hoogcomplex- en acute zorg blijven ziekenhuizen onmisbaar, maar hun rol verandert. In plaats van allesomvattende zorginstelling worden ziekenhuizen centra voor topklinische zorg, onderzoek en opleiding.

Laagcomplex zorg wordt grotendeels buiten de muren van het ziekenhuis georganiseerd, in samenwerking met organisaties zoals Ksyos. Zorg wordt zoveel mogelijk laag in de zorgpiramide georganiseerd, met behoud van medisch-specialistische supervisie. Vanuit deze visie gaat Ksyos de komende jaren met verschillende ziekenhuizen aan de slag om laagcomplex zorg digitaal via ons platform te organiseren (*figuur 2*). Onze initiële focus is op interne geneeskunde waarbij via digitale triage, vragenlijsten en laboratoriumdiagnostiek een specialistische beoordeling op afstand wordt gemaakt. De uitkomst hiervan bepaalt wel of geen poli-controle in het ziekenhuis. De aanpak ontlast het ziekenhuis, verhoogt de patiënttevredenheid en houdt daarmee de zorg toegankelijk.

Deze aanpak vraagt om een ander financieringsmodel. De ervaring leert dat het huidige stelsel innovatie vaker belemmert dan stimuleert. In 2035 is het zorgstelsel aangepast aan de realiteit van hybride zorg. Vergoedingen zijn gebaseerd op uitkomsten en doelmatigheid, niet op locatie of volume. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en toezichthouders werken samen aan een ecosysteem waarin innovatie wordt beloond en samenwerking wordt gestimuleerd.

Figuur 1. Medische piramide



Wat betekent dit voor de Maag-Darm-Leverziekten?

Ook binnen de MDL-zorg liggen kansen voor digitale en decentrale netwerkzorg. Specifieke trends die nu al zichtbaar en enigszins voorspelbaar zijn, beslaan maximaal de komende drie tot vijf jaar. Wat er daarna gebeurt, tot zeg maar 2035 is nu nog heel lastig te voorspellen. Daarom bespreken we eerst de mogelijkheden voor de korte termijn. Er zijn twee categorieën van patiënten voor wie de zorg de komende jaren wezenlijk zal veranderen.

De eerste categorie zijn de patiënten met wie de huisarts niet verder komt en die een medisch-specialistische beoordeling nodig hebben. Daarbij valt vooral te denken aan prikkelbare darm syndroom (IBS), een aandoening die vaak langdurige begeleiding vraagt, maar zelden acute ziekenhuiszorg vereist. Dit geldt ook voor patiënten met leververvetting (MASLD). Op dit moment is de wachtlijst voor MDL-zorg in Nederland lang en nog steeds groeiend. Door slimme triage en digitale consultatie kunnen huisartsen laagdrempelig overleggen met

MDL-artsen, wat onnodige verwijzingen voorkomt en de eerstelijnszorg versterkt. Hierbij valt te denken aan het lokaal in de wijk organiseren van bloed-, feces- en radiologisch onderzoek. Met behulp van slimme *Artificial Intelligence* (AI)-algoritmen wordt in het samenspel tussen huisarts en MDL-arts bepaald of patiënten verwezen moeten worden naar de tweede lijn. Daarnaast bieden zelfrapportage, digitale consulten, leefstijlinterventies en medicatiebegeleiding op afstand (digitaal) perspectief op effectieve zorg dicht bij de patiënt. In samenwerking met huisartsen en onder specialistische supervisie kunnen deze trajecten grotendeels in de eerste lijn worden uitgevoerd.

De tweede categorie patiënten voor wie de zorg anders georganiseerd kan worden, zijn degenen die baat zullen hebben van technologische vooruitgang in diagnostiek die leidt tot mogelijkheden van zorg buiten het ziekenhuis. Denk bijvoorbeeld aan patiënten voor wie follow-up van leversteatose, galstenen of HCC-screening middels echografie noodzakelijk is. Dit kan

lokaal in de wijk worden uitgevoerd door getrainde professionals onder supervisie van MDL-artsen. Door toedoen van AI in zowel het positioneren van de echokop als het analyseren van echo-beelden, zal abdominale echografie in de komende jaren veel vaker buiten het ziekenhuis plaatsvinden. Samen met huisartsen doet Ksyos dit al voor andere vormen van echografie (zie www.ksyos.nl/diensten/radiologie/).

Digitale zorgpaden voor chronische ziekten

Op de langere termijn, richting 2035, zal het digitale ziekenhuis een volwaardig onderdeel zijn van het MDL-zorglandschap. Chronische aandoeningen zoals colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn, kunnen dan grotendeels via digitale zorgpaden worden begeleid, waarbij monitoring, medicatiebegeleiding en psychosociale ondersteuning grotendeels op afstand plaatsvinden. AI zal artsen ondersteunen bij het interpreteren van thuismonitoringdata en het bepalen van de noodzaak voor aanvullende diagnostiek, zoals endoscopie. Regionale diagnostiek-hubs maken het mogelijk om ►

Advertentie

Ksyos

Organiseert laag complexe zorg in de wijk of digitaal bij de patiënt thuis

Ziekenhuis

Organiseert midden- en hoogcomplexe zorg en superviseert bij laagcomplexe zorg in de wijk



Figuur 2. Platform Ksyos

naast bloed-, echo- en fecesonderzoek, ook endoscopieonderzoeken dicht bij huis te laten plaatsvinden, met centrale beoordeling door MDL-artsen via een digitaal platform.

Deze ontwikkelingen maken het mogelijk dat MDL-artsen zich in 2035 meer kunnen

richten op mid- en hoogcomplexe zorg en interventies, terwijl de basiszorg efficiënt, patiëntvriendelijk, toekomstbestendig en in samenwerking met lokale diagnostiek-hubs wordt georganiseerd via digitale netwerken rondom de patiënt.

De contouren van de zorg in 2035 zijn vandaag al beperkt zichtbaar. Door laag-complexe zorg digitaal en decentraal te organiseren, ontstaat ruimte voor ziekenhuizen om zich te richten op hun kerntaken, namelijk mid- en hoogcomplexe zorg in combinatie met onderzoek en opleiding. Tegelijkertijd wordt de zorg toegankelijker, efficiënter en beter afgestemd op de behoeften van patiënten. De uitdaging is niet de technologie, maar het durven herontwerpen van het zorgproces. Wie nu investeert in samenwerking en innovatie, bouwt mee aan een toekomstbestendig zorgsysteem.

Joop Arends,
medisch directeur Ksyos, voormalig
internist-infectioloog



De verwording van ons zorgsysteem, een diagnose van binnenuit

Op verzoek van de MAGMA-redactie stelt Armand Girbes, auteur van het recent verschenen boek *Zieke Zorg*, zijn diagnose van de staat waarin het Nederlandse zorgsysteem zich bevindt. Een diagnose van binnenuit, zoals internist-intensivist en klinisch farmacoloog Girbes het noemt. In dit artikel zoekt hij met name in op de problemen. Toch is zijn boek geen klaagzang, benadrukt de auteur. Hij draagt ook mogelijke oplossingen aan. Een grondige bespreking hiervan zou

te ver voeren voor dit artikel. Lezers die geïnteresseerd zijn in Girbes' praktische oplossingen, kunnen deze vinden in zijn boek.

Waarmee het allemaal begon, invoering Zorgverzekeringswet in 2006

De invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 op initiatief en voorspraak van VVD, CDA en D66, onder een stevige lobby van de verzekeraars, markeerde een nieuw

tijdperk. De belofte was, betere zorg tegen lagere kosten. De realiteit is een explosie van bureaucratie, verlies van autonomie van zorgprofessionals en een zorgverzekeringsmodel waarin controle en budgetplafonds belangrijker werden dan patiënten. Zorg werd een product, de patiënt een kostenpost en de arts de uitvoerder van contractzorg. Daarbovenop wordt de bevolking momenteel met verfijnde semantische manipulatie voorbereid op een nieuwe werkelijkheid van achteruitgaande zorg: minder zorg wordt

► verkocht als 'passende zorg' en budgetbeperkingen verpakt als 'duurzame transformatie'. Onder de vlag van 'planetary health' en 'niet alles wat kan, moet' wordt de medische ethiek bovendien langzaam uitgehoud.

De medische professie, die de onwrikbare verdediger van patiëntenbelangen zou moeten zijn, toont zich opvallend meegaand in dit discours. Nog pijnlijker, vers benoemde hoogleraren – vaak bijzonder hoogleraar – ontpoppen zich als welwillende spreekbuizen van dit beleid, hun academische autoriteit inzetten om schaarste-management een wetenschappelijk vernis te geven. En de overheid stuurt met geld: terwijl 290 miljoen euro subsidie naar 'passende zorg'-programma's vloeit, blijft de bureaucratische ballast onaangeroerd.

Verlies van vertrouwen en continuïteit

De menselijke maat staat toenemend onder druk. De huisarts die haar patiënten en hun omgeving echt kende, en de continuïteit van zorg bewaakt, bestaat nauwelijks nog. De zorg is opgeknipt in stukjes, gericht op het volgen van protocollen en strikte regels met controle. Continuïteit van zorg is een luxe geworden, terwijl het cruciaal is bij complexe en chronische zorg. Zorgverzekeraars en managers, vaak zonder medische achtergrond, begrijpen dat niet. Maar helaas gaan ook medisch geschoolde bestuurders hier gedwee in mee. Behandelaars, die zich bovendien 'zorgaanbieders' laten noemen door de zorgverzekeraars, voelen zich steeds meer tot algoritmes gereduceerd en het gevaar dat niemand zich meer verantwoordelijk voelt, is meer dan imminent.

Zorgverzekeraar of machtige tolheffer?

In de Zorgverzekeringswet van 2006 is veel macht belegd bij de zorgverzekeraar. Onderlinge concurrentie zou de kwaliteit ten goede komen en de vervulling van hun belangrijkste taak, zorgplicht, zou gecontroleerd worden door de Nederlandse Zorgautoriteit, NZa. Maar met vier dominante zorgverzekeraars is van concurrentie weinig over en de NZa lijkt eerder een schoothondje



Prof. dr. Armand Girbes:

'De pandemie legde genadeloos de zwaktes van ons systeem bloot en liet zien hoe marktwerking de Nederlandse zorg kwetsbaar had gemaakt. Er was nauwelijks overcapaciteit.'

dan een waakhond bij het bewaken van de zorgplicht van de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars presenteren zichzelf in de media en discussies graag als belangenbehartiger van de patiënt. Ze dichten zichzelf een rol toe als poortwachter van de zorg, maar zijn eerder tolheffers en zeker geen neutrale bemiddelaars. Zorgverzekeraars zijn wel financiële reuzen met miljarden aan reserves, geld dat bedoeld is voor een crisis, maar nauwelijks werd aangewend tijdens de COVID-crisis. De reserves, geschat op minimaal 11 miljard euro, worden gebruikt om te beleggen.

De macht van deze instellingen is ongekend: zij bepalen in feite wie welke medicatie mag krijgen, wie doorverwezen mag worden naar welk ziekenhuis en welk ziekenhuis nog 'budget' heeft om te opereren of te behandelen. Daarnaast gaan zorgverzekeraars niet zelden op de stoel van de arts zitten. Ze bepalen aan de hand van foto's en extra artsverklaringen, indicaties tot operatie of aard van de medicatie.

Een arts die denkt primair in dienst te staan van de patiënt, merkt dat zorgverzekeraars in feite het laatste woord hebben. De medisch specialist die dacht opgeleid te worden tot chef-kok van een restaurant met Michelinster, ontdekt te zijn gedegradeerd tot een medewerker van een McDonald's fastfood-restaurant. Dat heeft overigens ook repercussies voor de motivatie en drijfveer van de zorgprofessionals.

Politieke draaideuren en belangenverstrengeling

Prominente politici als Ab Klink, André Rouvoet, Wouter Bos, Rogier van Boxtel, Hans Wiegel en Martin van Rijn belandden na hun Haagse carrière op invloedrijke posities in de zorgsector, waaronder bij zorgverzekeraars. Belangenverstrengeling ligt dan ernstig op de loer, in een systeem dat ze zelf mede hebben vormgegeven. En terwijl zij doorschoven naar de invloedrijke – vaak commerciële – functies, verdwenen honderden bejaardentehuizen, versnipperde de jeugdzorg en werd de autonomie en zeggenschap van zorgprofessionals gedecimeerd.

De zorgverlener in de administratieve wurggreep

Uit diverse evaluaties komt naar voren dat zorgverleners inmiddels 30 tot 40 procent van hun tijd besteden aan administratie. Verantwoording, accreditaties, indicatoren, certificeringen – het zijn woorden die ooit bedoeld waren om kwaliteit te waarborgen, maar nu vaak slechts leiden tot controlekramp. De accreditatie- en registratie-industrie bloeit als nooit tevoren en vormt een parallelle economie. Ziekenhuizen hebben hordes medewerkers die niets anders doen dan gegevens invoeren, niet alleen ten behoeve van de 4400 DBC's, maar ook voor allerlei 'kwaliteitsregistraties' en accreditaties, zoals de Amerikaanse Joint Commission International (JCI). Dit alles kost de ziekenhuizen miljoenen. De CEO van JCI kijkt met een jaarsalaris van meer dan 2 miljoen ongetwijfeld met tevredenheid naar het functioneren van de eigen

'non-profit' organisatie. Ook kwaliteitsregistraties, die met de beste bedoelingen zijn opgericht, zoals de DICA, zijn verworpen tot molochs waartoe naar een in mijn boek onderbouwde schatting, meer dan 1200 fte werkzaam zijn.

COVID-19: stresstest voor een zwak systeem

De pandemie legde genadeloos de zwaktes van ons systeem bloot en liet zien hoe marktwerking de Nederlandse zorg kwetsbaar had gemaakt. Er was nauwelijks overcapaciteit. Het land was volledig afhankelijk van China voor persoonlijke beschermingsmiddelen, een gevolg van decennia uitbesteding aan de goedkoopste aanbieder. Nog pijnlijker was het gebrek aan medische expertise bij het ministerie van VWS en de wegbezuiniging van de voormalige vaccinproductiecapaciteit van het in dit opzicht ooit wereldvermaarde RIVM, verpatst door de minister van VWS.

Omdat, conform goed marktdenken, Paracetamol goedkoper moet zijn dan M&M's, is ook de geneesmiddelenindustrie vrijwel verdwenen uit Nederland en zijn we afhankelijk van het buitenland. Zorgverzekeraars roerden zich nauwelijks en werden uit de wind gehouden door de politiek en de NZa, ondanks hun wettelijke zorgplicht.

Zorgprofessionals raken uitgeput

De rol en betekenis van verpleegkundigen in het bepalen van de kwaliteit van zorg worden nog steeds ernstig onderschat en ondergewaardeerd. Maar met 74 procent parttime werkers en 40 procent uitstroom van startende verpleegkundigen binnen twee jaar staat de sector voor een existentiële crisis. Af en toe klinkt er wel – gratuite – applaus vanuit het bevoegde gezag, maar beginnende managers verdienen standaard meer dan bijvoorbeeld gespecialiseerde IC-verpleegkundigen. Dat is een perverse prikkel die talent wegtrekt van het bed.

Weinig besef lijkt er te bestaan van de ramp die zich voltrekt bij medisch specialisten, de vergeten werkpaarden. Graag bevorderen

politici en zorgverzekeraars het beeld van medisch specialisten als bevoorrechte grootverdieners. Onjuiste berichten over 'het best betaald in Europa' komen ook steeds weer opdagen op strategische momenten. Maar volgens de CAO is hun werkweek 52-55 uur, tegenover 36 uur voor anderen. Bovendien zijn ze uitgesloten van het werk- en rusttijdenbesluit, bij 24/7 verantwoordelijkheid. De gemiddelde leeftijd bij het afronden van de opleiding, waarin veel werkuren zitten, is 37 jaar. De tendens om alle medisch specialisten in loondienst te brengen, past bij de politieke wens om de professionele inspraak van medisch specialisten nog verder te verminderen.

De maatschappij zou grote zorgen moeten hebben over de inzetbaarheid van medisch specialisten in de toekomst, nu de jonge generatie er niet over peinst deze werkweken te maken als medisch specialist. Uit een recente enquête onder MDL-aioessen bleek dat 44 procent maximaal 28-36 uur per week wil werken. Bovendien verwacht bijna 60 procent niet tot hun pensioen als MDL-arts te werken.

Zorg is geen product

De kernfout van het huidige zorgsysteem met 'gereguleerde marktwerking' (een oxymoron), is dat het zorgproces geen product is. Zorgverzekeraars willen eenvoudigweg zo weinig mogelijk uitgeven en zoveel mogelijk controle uitoefenen op degenen die het geld besteden. Een eenvoudige en logische verklaring voor de regelzucht. Er is bovendien geen echte marktwerking en het speelveld tussen zorgverlener en verzekeraar is ongelijk: door betere informatie en meer middelen wint de zorgverzekeraar altijd. Natuurlijk zijn er onderdelen van de zorg die marktwerking toelaten, maar het zorgproces als geheel is daarvoor ongeschikt.

Prof. dr. Armand Girbes,
internist-intensivist, klinisch farmacoloog

Kijk voor de referenties in de pdf van
MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.) op
www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities. ■

Zieke Zorg: verslag uit de frontlinie

"In veertig jaar zag ik het zorgsysteem langzaam veranderen van een inhoudelijk gedreven netwerk richting een bureaucratisch bedrijf vol met managers. Het sombere beeld wordt nog verbloemd en verzacht door de inhoudelijk gedreven zorgprofessionals, die inmiddels dicht aan hun taks zitten. Wat begon als een belofte van efficiëntie en keuzevrijheid, is ontaard in een systeem waarin menselijkheid, vertrouwen en continuïteit onder druk staan. 'Zieke Zorg' is mijn verslag uit de frontlinie; niet als klager, maar als getuige. Geen cynisme, maar de hoop dat het nog anders kan. Mits we de moed hebben de juiste diagnose te stellen in plaats van pleisters te plakken op pijnplekken. En we stoppen met het braaf en onderdanig meelopen met de macht.

Het in mijn boek fictieve maar op ware gebeurtenissen gebaseerde verhaal van Bernard Hofman laat zien wat er gebeurt als systemen belangrijker worden dan mensen. Een gezonde ondernemer, eigenaar van een Michelinsterren restaurant, met symptomatische galstenen raakt verstrikt in wachttijden, zorgplafonds, administratieve doolhoven en overplaatsingen. Door vertraging en fragmentatie van de zorg ontwikkelt hij uiteindelijk een levensbedreigende pancreatitis en belandt wekenlang op de IC, gevolgd door een maandenlange revalidatieperiode. Zijn gezin stort in met enorm persoonlijk leed. Zijn bedrijf gaat failliet. En dit alles had voorkomen kunnen worden met tijdige, samenhangende zorg.

Zieke Zorg schreef ik voor wie voelt dat er iets fundamenteel mis is. Voor wie zich afvraagt waarom de zorg afstandelijk en stroperig is geworden. Geen klaagzang, maar een pleidooi voor redelijkheid, compassie en vakmanschap. Zorg is geen logistiek proces of product. Het is mensenwerk. Herstel begint met vertrouwen in professionals, minder registratie, meer regionale samenwerking en het durven heroverwegen en wijzigen van de machtige rol van zorgverzekeraars."



Zieke Zorg – De uitverkoop van de Nederlandse gezondheidszorg

Armand Girbes
ISBN 978-94-6456-405-1
Mazirel Pers, 2025

De MDL-arts werkt in 2035 mét technologie, niet voor technologie

‘Technologie moet niet op de stoel van de zorgverlener gaan zitten’

Wat begon als een digitaal archief, groeit uit tot een volwaardige assistent: het elektronisch patiëntendossier (EPD) van 2035 denkt mee, helpt beslissen en verbindt zorgverleners en patiënten. De digitale transformatie van de zorg is in volle gang. Voor de MDL-arts betekent dat niet méér werk, maar vooral: anders werken. Slimmer, sneller en met meer ruimte voor zorginhoudelijke deskundigheid.

We spraken Marc Somberg, expert datagedreven zorg bij ChipSoft en betrokken bij de endoscopie-module, en Bas Groot, HiX-expert en betrokken bij het Innovatieplatform. Vanuit hun perspectief als EPD-ontwikkelaars gaven zij een inkijkje in de digitale zorgpraktijk van morgen. Een gesprek over standaardisatie en autonomie, typen versus spreken en technologie als stille kracht achter de zorgverlener.

“Technologie moet geen vervanger zijn van de arts, maar een versterking”, benadrukt Marc Somberg. “Het is een instrument, net als medicatie of een scopietoren. Het ondersteunt bij klinisch handelen, als assistent of helpende hand, maar neemt de beslissing nooit over. We spreken dan ook liever van augmented intelligence dan van artificial intelligence. Het is een vorm van technologie die de zorgverlener kan toevoegen aan zijn of haar toolbox, net als medicatie of apparatuur. Het is niet de bedoeling dat AI gaat zeggen: ‘Dokter, u bent nu hier aangekomen met uw scoop, moet u niet nog twintig centimeter verder?’ AI moet assisteren en bijstaan in plaats van het werk overnemen.”

Die ondersteuning zie je bijvoorbeeld nu al terug in de consultvoering. Somberg licht toe: “We zijn al ver gevorderd met slimme invulschermen, waarbij vrije tekst én gestructureerde data naast elkaar bestaan. Het systeem herkent bijvoorbeeld op basis van het gesprek met de patiënt dat deze bloedverlies heeft en suggereert alvast de bijpassende diagnostiek en behandeling, zoals een coloscopie of medicatie. Dit wordt alvast klaargezet, precies volgens het standaard zorgpad dat binnen het betreffende ziekenhuis van toepassing is. De MDL-arts controleert dit, past de details aan waar nodig en geeft akkoord. Deze combinatie van intelligente suggesties en vrije input geeft artsen autonomie zonder dat ze het wiel opnieuw moeten uitvinden. Het EPD zit vol slimme functies die ervoor zorgen dat de arts zich meer kan focussen op het medisch inhoudelijke aspect en minder op het administratieve deel.”

Somberg vervolgt: “Wij vinden het belangrijk dat technologie niet op de stoel van de zorgverlener gaat zitten. De grootste toegevoegde waarde van technologie, AI in het bijzonder, is juist taken uit handen nemen waar dat makkelijk kan. Soms helpt

het enorm en scheelt het veel tijd als zaken automatisch worden geregistreerd. Maar uiteindelijk moet het altijd de zorgverlener zijn die dat controleert, valideert en besluit: ik neem deze informatie tot mij en maak de keuze er gebruik van te maken.”

Marc Somberg noemt een veelzeggende metafoor: “We bouwen geen auto die zelfstandig van A naar B rijdt. We bouwen een cockpit met stuur, camera’s, sensoren en navigatie, zodat de arts sneller en veiliger keuzes kan maken. De arts blijft aan het stuur.” Die metafoor raakt precies de kern. “Technologie moet ondersteunen, niet vervangen. De arts blijft verantwoordelijk voor de koers, maar hoeft niet alles meer zelf te doen.”

Minder typen, meer praten

Als MDL-artsen ergens graag technologie willen inzetten, is dat bij het verslag. Gaat het gebeuren dat er na afloop van een endoscopie een verslag klaarstaat, waarin tekst kan worden aangepast en dit slechts moet worden goedgekeurd? Volgens Bas Groot is dat al deels realiteit: “De verpleegkundige registratie is al grotendeels voor- ingevuld. Ook *speech-to-tekst* is beschikbaar



Bas Groot:

‘De verpleegkundige registratie is al grotendeels voorgevuld.’

De MDL-werkdag in 2035

Hoe ziet de werkdag van een MDL-arts er straks uit met deze technologie aan je zijde? Stel je voor: Een patiënt meldt zich via het portaal voor een intake. Op basis van zijn klachten vult hij een vragenlijst in. Direct daarna krijgt hij automatisch een gepersonaliseerd voorlichtingsfilmpje toegestuurd over het onderzoek dat waarschijnlijk volgt. De intake vindt digitaal plaats; in 90 procent van de gevallen hoeft de patiënt het ziekenhuis niet eens binnen te komen.

Op de dag van de scopie opent de MDL-arts het EPD. De voorbereiding (medicatie, voeding, voorgeschiedenis) staat al gecheckt in het systeem. Tijdens het onderzoek registreert het systeem automatisch de bevindingen: afgenomen bipten, markeringen, foto's. Via spraak-commando's voegt de arts aanvullende informatie toe, terwijl de verpleegkundige realtime meekijkt en de order voor follow-up al klaarzet.

Aan het eind van de procedure verschijnt automatisch een conceptverslag op basis van het onderzoek én het gesprek met de patiënt. De arts controleert het, past details aan, en geeft akkoord. Het systeem verstuurt de informatie – inclusief patiëntinstructies – via het portaal.

En dat allemaal zonder ook maar één formulier handmatig te hoeven invullen.

en leveranciers van scopietorens leveren systemen die automatisch data in het EPD kunnen plaatsen.

Met de gebruikersgroep MDL hebben we ons het afgelopen jaar gericht op het zo makkelijk mogelijk maken van de endoscopieverslaglegging. Maar ook op het proces daaromheen. Denk bijvoorbeeld aan het zien van die patiënten die je moet zien. 90 procent van de patiënten kan prima een intake doen vanuit huis, via een portaal. En aan de voorbereiding: in het Zuyderland ziekenhuis krijgt de patiënt bijvoorbeeld voorafgaand aan een scopie een video te zien die precies past bij het ingeplande onderzoek. Het resultaat: een betere voorbereiding, minder uitleg aan de balie en een consult dat sneller de diepte in kan.”

Spraakherkenning is een belangrijk onderdeel van de toekomst. “En dat is geen toekomstmuziek, maar realiteit”, benadrukt Bas Groot. “We zien een enorme groei in transcriptiesoftware. En dat gaat verder dan het genereren van een tekstueel transcript van het gesprek tussen de arts en de patiënt. Ook de relevante medische vervolghandelingen worden uit het gesprek gehaald en orders direct klaargezet. Als de arts bijvoor-

beeld zegt: ‘Ik stel voor om volgende week een coloscopie te doen en moviprep voor te schrijven’, dan zet het systeem automatisch de order klaar én koppelt het de juiste voorlichting aan het patiëntportaal.”

De patiënt als actieve gebruiker

Een andere belangrijke verschuiving is de rol van de patiënt. Die verandert steeds meer van passieve ontvanger naar actieve deelnemer aan zijn zorgproces. Marc Somberg: “De patiënt van nu is niet meer zoals dertig jaar geleden. Mensen komen nu beter geïnformeerd binnen, met gerichte vragen en soms al met een zelfdiagnose. Dat vraagt om nieuwe manieren van communiceren én technologie die dat ondersteunt. Visualisaties, keuzekaarten, dashboards: het EPD helpt de arts om uit te leggen waarom een bepaalde behandeling beter is dan de behandeling waar de patiënt zelf mee kwam. En het portaal helpt de patiënt om informatie vooraf te verwerken, via filmpjes, checklists of instructies.

Gemiste kans

Nieuwe technologie biedt volop mogelijkheden om zorgprocessen slimmer in te richten, maar een knelpunt zit nog regel-



Marc Somberg:

‘Technologie moet geen vervanger zijn van de arts, maar een versterking.’

matig in de backoffice. Marc Somberg: “Bij upgrades of migraties van EPD's zien we dat ziekenhuizen de neiging hebben om hun oude werkproces één-op-één over te zetten. Dat is een gemiste kans. Nieuwe technologie vraagt juist om een fundamentele heroverweging van het zorgproces: welke afspraken zijn standaard? Welke ordersets kunnen

Advertentie

Bas Groot:

‘Artsen weten vaak niet wat er allemaal al kan. Daarom organiseren we regelmatig Tips & Tricks-sessies.’



automatisch worden gegenereerd? Het is een utopie om te denken dat je alles in de zorg kan standaardiseren en automatiseren, maar er is een groep mensen die standaard klachten hebben en een standaardbehandeling nodig hebben. Als je dat deel kunt automatiseren, houdt je ruimte over voor de kleine groep unieke patiënten, die meer aandacht vraagt.”

Autonomie

Een veelgehoorde zorg onder artsen is dat standaardisatie hun autonomie bedreigt. Dat hoeft volgens Groot niet zo te zijn, mits artsen zelf nauw betrokken blijven. “Elke keuze in het systeem is ooit gemaakt door of in overleg met de gebruikers. Het is dus ook aan jullie om aan te geven wat werkt en wat niet. Daarom hebben wij ook gebrui-

kersgroepen, waar specialisten meedenken over inrichting, content en functionaliteit. We hebben het al verschillende keren meegemaakt: een arts die moppert over een irritant vinkje komt met een goed alternatief, tekent het uit en een paar maanden later zit het in het systeem. Of hij of zij hoort van een collega uit een ander ziekenhuis waarom dat vinkje voor hen wel van belang is. Dan proberen zij samen tot een consensus te komen. Deze actieve betrokkenheid is essentieel. Het EPD moet van de gebruiker zijn, niet van de leverancier. De toekomst bouwen we samen. En dat begint met het stellen van vragen, delen van ideeën en durven veranderen.”

Zelf richting geven

Opvallend genoeg zijn veel innovaties al

beschikbaar, maar worden ze nog niet breed gebruikt. Hoe zorgen we er als MDL-artsen voor dat we niet achter de feiten aanlopen, maar zélf richting geven aan die toekomst? Bas Groot: “Artsen weten vaak niet wat er allemaal al kan. Daarom organiseren we regelmatig Tips & Tricks-sessies, specifiek voor MDL-artsen. Ook is er het Innovatieplatform: een plek waar zorgprofessionals ideeën kunnen aandragen, feedback geven en deelnemen aan ontwikkeltrajecten. We zoeken artsen die willen meedenken over consultvoering, AI-toepassingen, koppelingen met apparatuur, patiëntcommunicatie, noem maar op. Iedereen die met HiX werkt, is welkom om bij te dragen aan de zorg van de toekomst (zie kader).”

Oproep: bouw mee aan het EPD van 2035

De toekomst van het EPD ligt niet bij de leverancier, maar bij de gebruikers. Daarom roept ChipSoft MDL-artsen op om actief bij te dragen. Niet alleen als tester, maar als medeontwerper.

Via het Innovatieplatform bundelen zorgprofessionals en ICT-specialisten hun kennis in gebruikersgroepen, *Round Tables*, netwerken en sessies om samen te werken aan slimme, duurzame innovaties in HiX, die bijdragen aan betere zorg, minder registratielast, meer patiëntbetrokkenheid en toekomstgerichte samenwerking.

Wil je meedenken over de digitale toekomst van de MDL-zorg?

Meld je aan voor:

- De gebruikersgroep MDL: met zorgprofessionals uit verschillende zorginstellingen aan tafel om gezamenlijk de content in HiX verrijken, zodat het EPD beter aansluit bij de werkprocessen in de praktijk. Daarnaast brengen wij eindgebruikers bij elkaar voor kennisdeling over innovaties en om te leren van nieuwe inzichten en ervaringen vanuit de zorginstellingen zelf.

- Tips & Tricks-sessies (zie: <https://innovatieplatform.chipsoft.com/hix-tips-tricks/kalender> of scan de QR-code)



- Of kijk op: <https://www.chipsoft.com/nl-nl/hix-abc/hix-abc-articles/zorginnovatie-door-innovatieplatform/>

Zwangerschapscholestase bij gebruik thiopurines signaal om alert op te zijn

De veiligheid van thiopurines tijdens de zwangerschap is uitgebreid wetenschappelijk onderzocht. In de praktijk worden deze middelen dan ook regelmatig gebruikt tijdens de zwangerschap. Toch is de afgelopen jaren een steeds sterker signaal ontstaan over een mogelijk verband tussen thiopurines en zwangerschapscholestase, een ernstige zwangerschapscomplicatie.

In 2024 waarschuwde de Amerikaanse Food and Drug Administration expliciet om alert te zijn op deze mogelijke bijwerking. Zwangerschapscholestase geassocieerd met thiopurines lijkt zich eerder in de zwangerschap te manifesteren en mogelijk ernstiger te verlopen dan zwangerschapscholestase zonder medicamenteuze oorzaak. Wat is er nu bekend over deze mogelijke bijwerking en wat betekent dit voor de praktijk?

Zwangerschapscholestase

Zwangerschapscholestase is een leveraandoening die zich in de meeste gevallen in het derde trimester van de zwangerschap presenteert. Dit gaat gepaard met (hevige) jeuk, met name aan handpalmen en voetzolen en verhoogde galzure zouten in het bloed. Zwangerschapscholestase, met name de ernstige vorm met galzuren zouten >100 mcmol/L, is geassocieerd met een verhoogd risico op vroeggeboorte, foetale nood en intra-uteriene sterfte.^{1,2}

Thiopurines in de zwangerschap

Thiopurines (azathioprine, mercaptopurine en tioguanine) worden over het algemeen als veilig beschouwd tijdens de zwangerschap. Tot op heden zijn er geen aanwijzingen voor een verhoogd risico op aangeboren afwijkingen bij blootstelling aan thiopurines.³ Sommige onderzoeken vinden een verhoogd risico op een laag geboortegewicht. Dit lijkt eerder gerelateerd aan de (ernst van

de) onderliggende aandoening dan aan het geneesmiddel zelf. Wel zijn er meldingen van voorbijgaande hematologische afwijkingen bij pasgeborenen, zoals leukopenie, anemie en pancytopenie.⁴⁻⁶

Hoewel de meeste ervaring is opgedaan met azathioprine, wordt op basis van het farmacologische werkingsmechanisme aangenomen dat de andere thiopurines een vergelijkbaar veiligheidsprofiel hebben.⁷

Zwangerschapscholestase en thiopurines

Sinds 2018 zijn in de wetenschappelijke literatuur verschillende artikelen verschenen die een associatie beschrijven tussen het gebruik van thiopurines en het ontstaan van zwangerschapscholestase. De eerste signalen zijn afkomstig van case reports en series. In totaal zijn hierin 16 casussen van zwangerschapscholestase tijdens het gebruik van thiopurines beschreven.⁸⁻¹⁶ In 15 ervan werd azathioprine gebruikt, in 1 case mercaptopurine.

In 12 van de 16 case reports werd de behandeling met de thiopurine gestaakt en trad verbetering of zelfs normalisatie van de concentratie galzure zouten in het bloed op.^{8-10,12,13,15,16} Tien van de 16 zwangerschappen eindigden in een vroeggeboorte en 1 case report beschrijft een intra-uterien overlijden van een tweeling. In de andere

reports wordt niets over de zwangerschapsuitkomst gemeld.

Cohortstudies ondersteunen het signaal. Zo vond een Franse studie een verhoogd risico op zwangerschapscholestase bij gebruik van azathioprine in patiënten met SLE (10,7 procent vs. 1,9 procent in SLE patiënten zonder azathioprine).¹⁷ Een Nederlandse multicenterstudie vond bij 300 vrouwen met IBD blootgesteld aan thiopurines een cholestasepercentage van 4 procent tegenover 0,6 procent in controles zonder thiopurinegebruik.¹⁸ In een Amerikaanse cohortstudie uit 2023 ontwikkelde 9 procent van de vrouwen met thiopurinegebruik cholestase versus 1,8 procent van de IBD-patiënten zonder thiopurines. Zij vonden geen verhoogd risico op zwangerschapscholestase als ze IBD-patiënten zonder thiopurines vergeleken met een controle groep van niet-IBD zwangeren.¹⁹ In 2024 rapporteerde Prentice et al. een incidentie van zwangerschapscholestase van 6,7 procent bij thiopurinegebruik en 0 procent bij uitsluitend gebruik van biologicals.²⁰ Een recente meta-analyse concludeert op basis van deze artikelen dat er een verhoogd risico is op zwangerschapscholestase in zwangerschappen die worden blootgesteld aan thiopurines.²¹

Meldingen uit de praktijk

Moeders van Morgen (MvM) Lareb is het kenniscentrum op het gebied van genees-

middelen tijdens de zwangerschap en borstvoeding. MvM verstrekt informatie door middel van de helpdesk (werkdagen), de MediMama-app en de kennisbank (www.lareb.nl/mvm-kennis), maar onderzoekt ook de veiligheid van geneesmiddelen rondom de zwangerschap. Hiervoor worden data gebruikt van spontane meldingen over zwangerschapsuitkomsten van zorgverleners en patiënten en de data uit het MvM zwangerschapscohort (www.moedersvanmorgen.nl). Lareb ontving in totaal vijf meldingen van zwangerschapscholestase bij gebruik van thiopurines. Dit betrof vier meldingen na azathioprinegebruik en één na mercaptopurinegebruik. In het zwangerschapscohort werd zwangerschapscholestase één keer gerapporteerd voor mercaptopurine.

Thiopurine metabolisme tijdens de zwangerschap

De pro-drug azathioprine wordt in het lichaam omgezet in 6-mercaptopurine (6-MP). Vervolgens wordt 6-MP omgezet in 6-TIMP en verder verwerkt tot actieve metaboliet 6-TGN. Via een andere route wordt 6-MP door TPMT omgezet in 6-MMP, een inactieve metaboliet. De activiteit van TPMT bepaalt de balans tussen omzetting in 6-TGN en 6-MMP. In mensen met een hoge TPMT-activiteit kan shunting optreden, waarbij de 6-MMP/6-TGN ratio verhoogd is. Een verhoogde 6-MMP/6-TGN ratio is geassocieerd met hepatotoxiciteit en verminderde klinische effectiviteit van azathioprine en mercaptopurine.²² Tioguanine heeft een kortere metabole route en wordt omgezet in 6-TGN zonder zijroute voor metabolisering tot 6-MMP.²³

Tijdens een zwangerschap dalen 6-TGN spiegels in het tweede en derde trimester. De 6-MMP levels stijgen juist gedurende de zwangerschap, met name tijdens het tweede trimester. Dit resulteert in een toename van de 6-MMP/6-TGN ratio. Postpartum normaliseren de levels van de metabolieten weer naar hetzelfde niveau als voor de zwangerschap.^{6,24} Dit zou verklaard kunnen worden door een verhoogde activiteit van TPMT

tijdens de zwangerschap met daardoor een verhoogde omzetting naar 6-MMP ten koste van 6-TGN. Ook bij vrouwen bij wie voorafgaand aan de zwangerschap geen sprake is van shunting, kan tijdens de zwangerschap het metabolisme van azathioprine en mercaptopurine dusdanig veranderen dat er shunting optreedt.²⁰ Dit ontstaan van shunting tijdens de zwangerschap is in verband gebracht met het verhoogde risico op zwangerschapscholestase.²¹ Hoewel niet is uitgesloten dat ook voor tioguanine een hoger risico op zwangerschapscholestase bestaat, lijkt dit op basis van bovenstaande minder waarschijnlijk.²⁰

Advies voor de praktijk

De associatie tussen azathioprine en mercaptopurine en het optreden van zwangerschapscholestase is geen reden voor routinematig stoppen van thiopurines tijdens de zwangerschap. Actieve ziekte tijdens de zwangerschap vormt in de meeste gevallen waarschijnlijk een groter risico voor moeder en kind dan het continueren van thiopurines. Het is wel een reden voor actieve surveillance.

Het is raadzaam om zwangere vrouwen die thiopurines gebruiken, te adviseren alert te zijn op klachten van jeuk, met name aan handpalmen en voetzolen. Daarnaast kan worden overwogen om metabolieten actief te monitoren, ook bij vrouwen zonder pre-existente shunting, om shunting in een vroeg stadium op te sporen. Bij vrouwen die al voor de zwangerschap bekend zijn met shunting kan preconceptionele omzetting naar tioguanine worden overwogen.

Bij klachten die passen bij zwangerschapscholestase is het belangrijk om laagdrempelig galzure zouten te bepalen, ook bij een korte zwangerschapsduur. Bij bewezen zwangerschapscholestase is te overwegen de dosering te splitsen, te verlagen of de thiopurinebehandeling volledig te stoppen. En meld een bewezen zwangerschapscholestase bij gebruik van thiopurines bij Lareb. Dit draagt bij aan meer informatie over deze mogelijke bijwerking van thiopurines.



Maartje Conijn,
teratologie informatiespecialist en klinisch wetenschappelijk medewerker, Moeders van Morgen, onderdeel van Bijwerkingencentrum Lareb



Annerose van der Mijle,
apotheker, Moeders van Morgen, onderdeel van Bijwerkingencentrum Lareb



Miranda van Tuyl,
hoofd Moeders van Morgen, onderdeel van Bijwerkingencentrum Lareb

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Advertentie

Op zoek naar tweelingen met (en zonder) IBD voor bijzondere studie

Sinds 2017 loopt in het UMC Utrecht de TWIN-studie: een grootschalig onderzoeksproject naar het ontstaan en de vroege herkenning van inflammatoire darmziekten (IBD), zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Wat de studie bijzonder maakt, is dat deze zich richt op tweelingen met én zonder IBD. Door de gedeelde genetische en omgevingsfactoren binnen tweelingparen en het vergrote risico op het krijgen van IBD voor de gezonde tweelinghelft, biedt dit onderzoek een unieke kans om de oorzaken en vroege tekenen van IBD beter te begrijpen en te herkennen.

Wat is het doel van het onderzoek?

Het doel van de TWIN-studie is om te onderzoeken hoe omgevingsfactoren, voeding, het immuunsysteem, de darmflora, de functie van het darmslijmvlies, metabolieten en genetische factoren bijdragen aan het ontstaan van IBD.

Gedacht wordt dat het beste moment om het inflammatoire proces te remmen vroeg in het ziekteproces van IBD ligt. Hiervoor moet de vroege fase, veelal jaren voor het ontstaan van de klachten, kunnen worden herkend. Daarnaast is meer duiding nodig waarom en hoe het inflammatieproces start.

Inmiddels is bekend dat zowel erfelijkheid als omgevingsfactoren een rol in de pathogenese spelen. Hoe en op welk moment in het leven is echter nog onvoldoende opgehelderd. Om erachter te komen welke omgevingsfactoren vroeg in de ziekte een doorslaggevende rol spelen, moet onderzoek worden gedaan bij mensen met een sterk verhoogd risico op het ontwikkelen van IBD. Dat kunnen familieleden zijn van Crohn- en colitispatiënten, en in het bijzonder juist tweelingen.

Waarom onderzoek met tweelingen?

Bij een-eiige tweelingen is het DNA identiek. Bij zowel één- als twee-eiige tweelingen zijn bovendien de omgevingsinvloeden in de vroege jeugd – de periode waarin het immuunsysteem zich ontwikkelt – vaak grotendeels gelijk. Denk hierbij aan voedingsgewoontes, leefomgeving en gedeelde contacten. Aangezien de genetische- en omgevingsfactoren grotendeels overeenkomstig zijn, biedt dit de unieke mogelijkheid om te focussen op verschillen die mogelijk relevant zijn voor het pathofysiologisch proces dat leidt tot de ziekte. Deze verschillen worden gezocht op het niveau van de barrierefunctie van de darm, het transcriptoom, proteoom, microbioom, glycoom en het metaboolom.

Daarbij geeft het hebben van een tweelingbroer of -zus met IBD een sterk verhoogd risico op het ook zelf ontwikkelen van IBD. Dit effect is het sterkst bij monozygote tweelingen. En in het geval van de ziekte van Crohn krijgt bijna de helft van de tweelingen uiteindelijk allebei te maken met de ziekte.¹⁻³

Door de tweelingen over een periode van meerdere jaren in de tijd te volgen, kunnen veranderingen aan het licht worden gebracht die inzicht geven in het vroege ziekteproces. Zo hopen de onderzoekers inzicht te krijgen in de preklinische fase van IBD. Dit kan helpen om in de nabije toekomst IBD vroegtijdig te herkennen en interventies te ontwikkelen die het ontwikkelen van klachten kunnen verminderen of zelfs kunnen voorkomen.

Wie kan deelnemen aan de studie?

De wens is om uiteindelijk 450 individuen (225 tweelingparen) te includeren, verdeeld over drie groepen:

- tweelingen waarvan één van beiden IBD heeft (IBD-discordant),
- tweelingen waarbij beiden IBD hebben

(IBD-concordant),

- tweelingen waarbij geen van beiden IBD heeft.

Zowel een-eiige als twee-eiige tweelingen kunnen deelnemen. Dankzij onder andere de medewerking van MDL-artsen door het hele land hebben zich inmiddels al 65 tweelingparen aangemeld.

Wat houdt deelname in?

De deelnemers wordt gevraagd om bij het toetreden in de studie een vragenlijst in te vullen over leefstijl, ziektegeschiedenis, voeding, medicatie en kwaliteit van leven. Daarnaast wordt de deelnemers gevraagd een urine-, speeksel- en ontlastingsmonster in te leveren. De onderzoekers nodigen de deelnemers uit voor een studiebezoek in het UMC Utrecht en nemen hen onder meer bloed af. Ook vragen zij de tweelingen een rectoscopie te ondergaan (géén volledige coloscopie) om rectumbiopsie af te nemen. De rectoscopie is niet verplicht.

De onderzoekers nemen vervolgens jaarlijks contact op met de deelnemers om een nieuwe diagnosestelling per anamnese te monitoren en ze opnieuw uit te nodigen voor eenzelfde studiebezoek.

De onderzoekafspraken vinden in het UMC Utrecht plaats. Er is reiskostenvergoeding beschikbaar. De deelnemers met IBD blijven onder behandeling van de eigen MDL-arts.

Wat heeft het tot nu toe opgeleverd?

De eerste publicatie die uit dit onderzoek is voortgekomen, laat zien dat de darmflora van gezonde tweelingen vaak sterk lijkt op die van hun zieke tweelingbroer of -zus, én op die van andere niet-gerelateerde IBD-patiënten.⁴ Mogelijk wijst dit op een vroege verandering van de darmbacteriesamenstelling die het begin van IBD markeert.

► Tabel 1. Overzicht studiehandeling per studiemoment

	Bij toetreden in chort	Follo-up*
Invullen van online vragenlijsten	+	+
Monitoring nieuwe diagnosestelling (telefonisch contact)	-	+
Afname van bloed	+	+/-
Verzameling van ontlastingsmonster	+	+/-
Verzameling van urinemonster	+	+/-
Verzameling van speekselmonster	+	+/-
Afname van rectumbiopsien	+/-	+/-

* Jaarlijkse follow-up. Indien een colopsie in het kader van reguliere zorg plaatsvindt, dan zouden we graag van de mogelijkheid gebruik maken om biopsien te nemen en daarmee een follow-up moment te initiëren.

+ Wordt uitgevoerd

- Niet van toepassing

+/- Optioneel, alleen bij toestemming deelnemer

Ook loopt er nu onderzoek over de invloed van het T-celreceptorrepertoire op de disbalans in de immuunrespons in IBD, de rol van IgA-gecoate bacteriën in IBD en andere translationele studies. Daarnaast wordt er momenteel gewerkt aan de opzet van een dieet- of supplementinterventiestudie in de nabije toekomst, gericht op een subgroep binnen dit cohort: namelijk discordante tweelingparen met de ziekte van Crohn.

Wilt u iemand aanmelden?

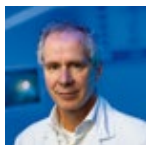
Spreekt u een IBD-patiënt die deel uitmaakt van een tweeling? Dan horen wij dat graag. Indien de patiënt toestemming geeft om meer informatie te ontvangen, nemen wij contact op.

Contact

Meer informatie is te vinden op www.umcutrecht.nl/twinibd of scan de QR-code voor een video met meer uitleg over de TWIN-studie. Er kan contact worden opgenomen met arts-onderzoeker Sarah Dijkstra via s.l.dijkstra-6@umcutrecht.nl of 088 755 0722.



Sarah Dijkstra, arts-onderzoeker MDL UMC Utrecht



Bas Oldenburg, MDL-arts UMC Utrecht

Kijk voor de referenties in de pdf van **MAGMA 3-2025 (p. 177 e.v.)** op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

40 jaar Stichting Opsp

Bij 5 tot 10 procent van alle kankergevallen spelen erfelijke factoren een rol. Dit geldt ook voor darmkanker: ongeveer 1 procent van de gevallen wordt veroorzaakt door familiale adenomateuze polyposis (FAP) en 5 procent door het Lynch-syndroom (LS). FAP wordt gekenmerkt door de ontwikkeling van honderden poliepen in de dikke darm, vaak al vanaf de kindertijd (vanaf circa 10 jaar). Het Lynch-syndroom verhoogt met name het risico op darm- en baarmoederkanker op relatief jonge leeftijd.

Oprichting StOET

In de jaren 80 en 90 nam wereldwijd de aandacht voor kankerpreventie toe. Bevolkingsonderzoeken naar diverse vormen van kanker werden geïntroduceerd, evenals een groeiende interesse in het familiair voorkomen ervan. Een erfelijke oorzaak kon in de vroege jaren 80 echter nog niet worden vastgesteld via kiembaananalyse. In Nederland werkten twee specialistengroepen aan verbetering van de zorg voor familiale en erfelijke tumoren:

- De *Polyposis Club* (o.a. Emil van Slooten (NKI), Gerrit Griffioen (Leids UMC), Frieda den Hartog Jager (Amsterdam UMC/NKI), gericht op FAP.
- De *MEN2-groep* (onder leiding van Cees Lips, (UMC Utrecht)), gericht op erfelijke endocriene tumoren.

Deze samenwerking resulteerde in een subsidie van de toenmalige Ziekenfondsraad en leidde in 1985 tot de oprichting van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (StOET).

Vroege opsporing van erfelijke tumoren

StOET formuleerde drie hoofddoelstellingen:

- Vroegtijdige opsporing van erfelijke tumoren.
- Waarborging van langdurige surveillance-onderzoeken.
- Verbetering van de zorg door kennisontwikkeling.

Ter ondersteuning hiervan werd een landelijke registratie opgezet van families met een familiale belasting en/of erfelijke tumoren. Deze registratie werd gekoppeld aan een remindersysteem dat zorgverleners attenderde op noodzakelijke periodieke controles. Maatschappelijk werkers speelden hierbij een sleutelrol, met name bij het stamboomonderzoek, dat vaak leidde tot diagnose. Dankzij de registratie kon inzicht worden verkregen in het voorkomen en de overerving van specifieke tumoren binnen families. Met de ontdekking van pathogene varianten in genen als APC en de mismatch repair-genen kon de registratie in de jaren daarna verder worden gespecificeerd per genmutatie.

Kennisdeling en patiëntparticipatie

StOET investeerde sterk in voorlichting. Jaarlijks werd in Utrecht een symposium georganiseerd dat specialisten uit het hele land samenbracht. In samenwerking met klinisch genetici werd het bekende 'blauwe boekje' ontwikkeld, met praktische richtlijnen voor de behandeling van erfelijke tumoren. De oprichting van patiëntenverenigingen (inmiddels gefuseerd tot Stichting Lynch-Polyposis) bood patiënten erkenning en een stem.

Deze inspanningen werden gedragen door een toegewijd team van maatschappelijk werkers, registratiemedewerkers en data-experts. In de loop der jaren werd de scope van StOET verbreed, onder andere naar erfelijke tumoren, melanoom-, pancreas- en prostaatkanker.

Nationale en internationale samenwerking

De unieke database van StOET trok veel wetenschappelijk onderzoek aan, onder meer van prof. Meera Khan (Humane Genetica, Leiden). Reeds vóór de ontdekking van de causale genmutaties waren vele families met FAP en LS in kaart gebracht. Dit legde de basis voor baanbrekend onderzoek,

Oring Erfelijke Tumoren (StOET)

waaronder genotype-fenotypecorrelaties en modellen voor selectieve genetische analyse.

Er bestond een intensieve samenwerking met vrijwel alle Nederlandse academische centra. Sleutelfiguren in deze ontwikkelingen waren onder anderen Fokko Nagengast, Jan Kleibeuker, Gerrit Griffioen, Frederik Slors, Liesbeth Mathus-Vliegen, Frieda den Hartog Jager, Babs Taal en Ellen Kampman (Wageningen University). Tientallen promovendi maakten gebruik van de database voor hun onderzoek.

Internationaal organiseerde StOET in 1990 in Amsterdam de eerste bijeenkomst van de *International Collaborative Group on HNPCC*, later opgegaan in *InSiGHT*. Europese samenwerking kreeg een nieuwe impuls met oprichting van de Mallorca groep in 2006, die uitgroeide tot de succesvolle *European Hereditary Tumour Group (EHTG)*. Deze internationale netwerken ontwikkelden belangrijke diagnostische criteria (zoals de Amsterdam-criteria) en behandelrichtlijnen.

StOET in 2025

De kernmissie van StOET is in veertig jaar onveranderd gebleven. De genetische diagnostiek heeft echter een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Dankzij kiembaandiagnostiek kan tegenwoordig bij veel erfelijke tumoren de pathogene variant worden vastgesteld, waarmee nauwkeurig kan worden bepaald wie binnen een familie drager is en in aanmerking komt voor periodieke controles.

Omdat familieleden vaak bij verschillende ziekenhuizen onder behandeling zijn, blijft een landelijke registratie essentieel. Alleen zo kunnen familieverbanden worden herkend en kan de zorg worden geëvalueerd, bijvoorbeeld op basis van de uitkomsten van periodieke controles. De registratie is gebaseerd op geïnformeerde toestemming van de patiënt. Gegevens uit alle Nederlandse ziekenhuizen worden verzameld bij StOET. Koppe-



ling met de landelijke pathologiedatabase (PALGA) is mogelijk voor uitkomstanalyses.

Multidisciplinaire samenwerking is cruciaal: klinisch genetici, MDL-artsen, chirurgen, gynaecologen en dermatologen werken samen. Diverse beroepsverenigingen zijn vertegenwoordigd in het StOET-bestuur. Periodieke symposia en gezamenlijke publicaties bevorderen de kennisuitwisseling.

Onderzoek en publicaties

Er komen geregeld onderzoeksvragen binnen vanuit ziekenhuizen in Nederland. Analyses worden verricht op basis van geanonimiseerde data na toestemming van een International Review Board. De uitkomsten hiervan worden gebruikt om Nederlandse richtlijnen te actualiseren en worden tevens internationaal gedeeld via publicaties in gerenommeerde tijdschriften en op (inter)nationale congressen en tijdens patiëntendagen.

Momenteel registreert StOET onder andere:

- Lynch-syndroom
- Familiair colorectaal carcinoom
- Polyposissyndromen (o.a. FAP, PJS, MUTYH)
- Erfelijk melanoom en pancreascarcinoom (FAMMM, CDKN2A)
- Familiair prostaatkanker
- Erfelijk maagkanker (start in 2025)

Het doel voor het komende decennium is een zo volledig mogelijke dekking van alle mensen met een vastgestelde pathogene variant.

Team StOET (van links naar rechts):

Denise Ong-Donkersloot (Management-assistent), Janneke Ringelberg-Borsboom (Datamanager FAP), Heleen van Randeraad (Datamanager FAMMM en FPC), Monique van Leerdam (Medisch Directeur), Daniëlle van Tol (Datamanager Lynch), Corinne van der Kaa (Datamanager Lynch).

Het digitale *StOET/VKGN-richtlijnenboek* ('blauwe boekje') bevat kenmerken, verwijzingsindicaties en adviezen voor periodieke controles. Deze module wordt voortdurend geactualiseerd en vormt een belangrijke informatiebron voor zorgprofessionals.

Wat kunt u als MDL-arts doen?

Om de registratie optimaal te laten functioneren:

- Informeer op uw poli of patiënten met een erfelijke of familiale belasting bekend zijn bij StOET en of zij geregistreerd zijn. Een *informed consent formulier* is te vinden op de website van StOET: www.stoet.nl.
- Beoordeel bij patiënten met een kankerdiagnose op jonge leeftijd, met meerdere primaire tumoren of duidelijke familiale belasting of verwijzing naar de klinische genetica of periodieke controle geïndiceerd is. Raadpleeg hiervoor de onlineversie van het blauwe boekje: <https://vkgn.stoet.nl>.

Wilt u bijdragen aan wetenschappelijke inzichten? Dan kunt u zelf een onderzoeksaanvraag indienen via de website van StOET. De researchcommissie beoordeelt uw aanvraag.

Monique E. van Leerdam, medisch directeur
Hans F.A. Vassen, oud-medisch directeur



Advertentie

RECTIFICATIE

In MAGMA 2-2025 is in de rubriek *De Afdeling* per abuis een onjuiste foto geplaatst bij het artikel over de afdeling MDL van Bernhoven. Onze excuses voor deze vergissing. Hieronder vindt u de juiste foto die bij het artikel had moeten staan.



Van links naar rechts: Ilse vd Laak¹, Bertram Haarhuis², Hanneke van Erp², Nicole vd Elzen³, Ruud Schrauwen², Moniek Gorter², Manon van Ijzendoorn², Karen Steenhuisen², Angela Bureo Gonzalez², Jasper Kersten², Marieke Pennings², Nynke Talstra², Wink de Boer².

Portretfoto's: Ingrid Gisbertz² en Bas van Balkom²

¹ Verpleegkundig Specialist

² MDL-arts

³ Physician Assistant

SURVEILLANCE AND MANAGEMENT OF COLORECTAL NEOPLASIA IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Monica Derks, Radboud Universiteit Nijmegen, 13 maart 2025



Dit proefschrift had als doel de surveillance, diagnose, behandeling en follow-up van poliepen en darmkanker bij patiënten met inflammatoire darmziekten te verbeteren. Hoewel dit lang niet altijd gebeurt, blijkt het naleven van door richtlijnen geadviseerde kwaliteitsindicatoren voor

surveillance essentieel voor effectieve surveillance. Daarnaast kunnen consensusbijeenkomsten met expert-pathologen zorgen voor een accuratere diagnose van gevorderde poliepen, waardoor over- en onderbehandeling kan worden voorkomen.

Een partiële colectomie kan bij een deel van de patiënten met inflammatoire darmziekten en gevorderde poliepen of darmkanker een alternatief zijn voor een volledige proctocolectomie. Het risico op metachrone laesies na behandeling van gevorderde poliepen blijkt hoog, wat vraagt om aangescherpte endoscopische surveillance, met name na endoscopische resectie.

Tot slot heeft de COVID-19-pandemie geleid tot een aanzienlijke vermindering van de zorg voor patiënten met inflammatoire darmziekten, met een verontrustende daling van het aantal gediagnosticeerde poliepen. De daadwerkelijke impact hiervan op morbiditeit en overleving is nog niet onderzocht.

Curriculum vitae

Monica Derks behaalde in 2019 haar artsenbul, waarna zij een jaar werkte als anios Interne Geneeskunde in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen. In 2020 begon zij aan haar promotietraject, gecombineerd met de functie van trialarts aan de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het Radboudumc in Nijmegen. Momenteel werkt zij als anios Maag-, Darm- en Leverziekten in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.

OPTIMISING CARE FOR CHRONIC INTESTINAL FAILURE PATIENTS

Julia Korzilius, Radboud Universiteit Nijmegen, 12 mei 2025



Chronisch darmfalen is een zeldzame aandoening waarbij patiënten langdurig afhankelijk zijn van totale parenterale voeding via een centraal veneuze katheter (CVK). Deze behandeling brengt risico's met zich mee, zoals kathetergerelateerde infecties en trombose. Dit proefschrift presenteert

onderzoeken die tot doel hebben de zorg en veiligheid te verbeteren. In een retrospectieve studie onder 470 patiënten vonden we dat vermeende taurolidinegerelateerde bijwerkingen vaak wijzen op onderliggende CVK-problemen. We ontwikkelden een klinisch algoritme voor diagnostiek en beleid.

Ook onderzochten we in een proof-of-conceptstudie de biologische beschikbaarheid van orale antimicrobiële middelen bij patiënten met het kortedarmsyndroom. Hoewel de biologische beschikbaarheid bij bepaalde patiënten beter was dan verwacht, blijft therapeutische drugmonitoring essentieel om een adequate behandeling te garanderen bij patiënten met een te korte darm.

Daarnaast vonden we in een retrospectieve studie een incidentie van 6 procent van het vena cava superior-syndroom, met typische symptomen zoals gelaats- en armzwelling. De kathetertip was hierbij meestal verkeerd gepositioneerd. Vroegtijdige herkenning en correcte plaatsing zijn daarom cruciaal. Deze studies dragen bij aan veiligere en effectievere behandeling van patiënten met chronisch darmfalen.

Curriculum vitae

Julia Korzilius (Nijmegen, 1996) behaalde in 2021 haar artsen-diploma aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Direct na haar studie startte zij een promotietraject over het verbeteren van de zorg voor patiënten met chronisch darmfalen, onder begeleiding van dr. G.J.A. Wanten, dr. H.E.E. Zweers-van Essen en prof. dr. J.P.H. Drenth. Na haar promotieonderzoek vervolgde zij haar carrière als anios op de Maag-, Darm- en Leverziekten in het Rijnstate ziekenhuis in Arnhem en daarna in het Radboudumc in Nijmegen.

Bijsluiters

ASSESSMENT AND IMPROVEMENT OF QUALITY OF CARE IN COLORECTAL CANCER SURGERY

Lindsey de Nes, Radboud Universiteit Nijmegen, 13 juni 2025



Het proefschrift richt zich op de kwaliteit van chirurgische zorg bij patiënten met colorectaal carcinoom (CRC) en onderzoekt waar en hoe verbeteringen mogelijk zijn. Hoewel de overleving is toegenomen en complicaties zijn afgenomen dankzij verbeterde perioperatieve zorg, bestaan aanzienlijke verschillen in behandeling en uitkomsten tussen ziekenhuizen en patiëntengroepen.

Het onderzoek bestaat uit twee delen. In deel I wordt ingezoomd op postoperatieve uitkomsten op de korte termijn, waarbij risicofactoren voor complicaties en sterfte worden geanalyseerd. Deel II richt zich op factoren die van invloed zijn op de behandelkeuze bij lokaal gevorderd CRC en onderzoekt de gevolgen hiervan voor de overleving.

Een belangrijke opbrengst van het onderzoek is de ontwikkeling van een gevalideerd predictiemodel voor postoperatieve sterfte. Dit model kan ingezet worden om patiënten op maat te adviseren en zo de behandeling beter af te stemmen op individuele risico's. Daarnaast blijkt uit de analyses dat leefstijlfactoren, zoals roken en fysieke activiteit, invloed hebben op het complicatierisico. Zo blijkt intensieve fysieke inspanning (meer dan 1000 minuten per week) bij patiënten met een hoge operatierisico-score (ASA-klasse III-IV) het risico op complicaties te verlagen. Een opvallende bevinding is de grote variatie tussen ziekenhuizen in

het behoud van de sfincter bij rectumchirurgie. Ook blijkt dat oudere patiënten vaker geen optimale behandeling ontvangen, wat hun overlevingskans negatief beïnvloedt. Het onderzoek onderstreept daarmee het belang van zorg op maat, ook voor oudere patiënten. Verder wordt aangetoond dat het volume van CRC-operaties in een ziekenhuis geen betrouwbare indicator is voor de kwaliteit van zorg. In plaats daarvan zouden expertise, teamervaring en proces-optimalisatie meer aandacht moeten krijgen.

Tot slot laat het onderzoek zien dat bij lokaal gevorderd CRC positieve resectiemarges een blijvende uitdaging vormen. Hoewel multiviscerale resecties gepaard gaan met een hoger complicatierisico, zijn de sterftecijfers laag. Er is echter geen bewijs voor een verbeterde overleving.

Curriculum vitae

Lindsey de Nes studeerde Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, waar zij cum laude afstudeerde. Zij specialiseerde zich tot gastro-intestinaal chirurg en volgde fellowships in Nederland en Italië. Daarnaast behaalde zij een MSc Evidence-Based Practice en legde zij met succes het Europese coloproctologie-examen af. Lindsey is actief in onderwijs en internationale zorgprojecten, waaronder missies in Ghana en Zuid-Afrika. Haar onderzoek richt zich op chirurgische uitkomsten en kwaliteitsverbetering. Ze werkt als GE-chirurg bij Maasziekenhuis Pantein, het Radboudumc en het ziekenhuis Bernhoven.

MAKING THE INVISIBLE VISIBLE; TARGETED FLUORESCENCE MOLECULAR IMAGING IN THE GASTRO-INTESTINAL TRACT

Anne van der Waaij, Rijksuniversiteit Groningen, 2 juli 2025



Behandelbeslissingen bij patiënten met kanker of ontstekingsziekten zijn vaak niet gepersonaliseerd. Fluorescentie moleculaire beeldvorming (FMI) kan hierbij helpen door kankerspecifieke kenmerken, geneesmiddeldistributie en bijbehorende target-cellen zichtbaar te maken. Patiënten krijgen hierbij een fluorescent gelabeld medicijn toegediend, dat vervolgens met speciale camera's zichtbaar wordt gemaakt: in vivo tijdens endoscopie en ex vivo tijdens verschillende histopathologische stappen.

Dit proefschrift onderzoekt de klinische waarde van FMI binnen de gastro-enterologie. Bij inflammatoire darmziekten (IBD) liet FMI zien dat vedolizumab zich niet alleen in bloedvaten bevindt, maar ook binnendringt in de mucosa en zich bindt aan diverse immuuncellen, vooral plasmacellen. Bij rectum- en slokdarmkanker werd FMI gebruikt om residuale ziekte na chemoradiatie te detecteren. Met US-qFME, een echogeleide endoscopische techniek die ook diepere weefsellagen bereikt, kon onderscheid worden gemaakt tussen tumor en gezond weefsel. Daarnaast toonde de opname van fluorescent

gelabeld durvalumab bij slokdarmkanker duidelijke interindividuele verschillen in medicijndistributie.

FMI biedt daarmee waardevolle inzichten in werkingsmechanismen, therapierespons en het verbeteren van patiëntselectie. Toekomstig onderzoek en technische innovaties zijn nodig om FMI breder toepasbaar te maken en gepersonaliseerde behandelingen mogelijk te realiseren.

Curriculum vitae

Anne van der Waaij (1994) studeerde Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen en promoveerde onder begeleiding van prof. dr. W. B. Nagengast, dr. J.J. de Haan en dr. G. Kats-Ugurlu. Tijdens haar promotietraject was zij actief binnen diverse academische netwerken, onder meer als voorzitter van het PhD-netwerk van de NVGE. Daarnaast verbleef zij enige tijd in Cambridge voor een *visiting research fellowship*. Voor haar onderzoek ontving zij meerdere prijzen, waaronder in 2024 een Top 5 Best Abstract Award tijdens de UEGW. Momenteel werkt zij als anios MDL in het Isala ziekenhuis.

Bijsluiters

MAGMA al 31 jaargangen nieuwsgierig en kritisch

Het is natuurlijk best bijzonder dat een nipte meerderheid (52 procent) van de 2.600 MAGMA-lezers niet direct werkzaam is in de MDL-zorg. Toch komt dit voor de makers van het magazine niet als een verrassing. “Destijds in 1994, bij de totstandkoming van de redactionele formule, was het uitgangspunt dat MDL als opkomend specialisme binnen de interne geneeskunde, op de kaart zou worden gezet. Zo'n profiel krijg je niet met de publicatie van brave verhalen, maar wel door met een nieuwsgierige houding en kritische blik te schrijven over de ontwikkelingen in de gezondheidszorg vanuit een maatschappelijk perspectief. Zo begon MAGMA ruim dertig jaar geleden en kennelijk trok die inhoud in de loop der jaren steeds meer de aandacht.”

Dat zegt Erik Visser van Van Luyken Communicatie, het communicatieadviesbureau uit Hilversum dat vanaf dag één bij de realisatie van het tijdschrift betrokken is. Samen met zijn collega Charlotte Piers, die verantwoordelijk is voor de eindredactie en coördinatie, werkt hij met veel plezier aan het tijdschrift. “MAGMA is echt een geesteskindje van Van Luyken Communicatie. Het stond centraal in een advies van aan het toenmalige farmaceutische bedrijf BYK dat ons vroeg hoe het een relatie kon opbouwen met MDL-artsen in het licht van de introductie van een nieuw geneesmiddel. MDL-coryfee Chris Mulder werd aangetrokken als hoofdredacteur. Samen met mijn collega Frans van den Mosselaar, een ervaren journalist en oud-voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Journalisten, trok Mulder vanaf dat moment de redactionele kar.”

MAGMA is weliswaar een uitgave van de NVMDL, maar de redactie is autonoom in het bepalen van de journalistieke koers. “Dat was destijds een belangrijke voor-

waarde voor de toenmalige redactie”, herinnert Erik Visser zich. “Er was behoefte aan deze autonomie om te voorkomen dat er een bestuurlijke censuur zou kunnen ontstaan. Dat is een belangrijk uitgangspunt voor het maken van journalistieke keuzes. Op een enkele keer na heeft het in die dertig jaar nooit echt geschuurd tussen de MAGMA-redactie en het MDL-bestuur. De voorzitter heeft sinds jaar en dag een eigen column en de lijntjes met de vereniging zijn kort. Dat die relatie in al die jaren redelijk rimpelloos verloopt, is in mijn ogen juist te danken aan die journalistieke onafhankelijkheid. Dat tekent de bestuurlijke volwassenheid van NVMDL.”

De hoofdredactionele rol is inmiddels al weer een flink aantal jaren in handen van Rob de Knecht die een team van dertien collega's (inclusief de eindredacteur) om zich heen heeft verzameld. “Het is mooi om te zien hoe betrokken zij allemaal zijn”, zegt Charlotte Piers. “Ze zijn niet alleen proactief en bereid om de handen uit de

mouwen te steken, bijvoorbeeld bij het trekken van een bepaald themanummer, zij komen ook met verrassende onderwerpen voor artikelen en lezen kritisch mee nadat ik ze de uiteindelijke kopij voor het nieuwe nummer heb gemaild. En dat is inmiddels een flinke stapel geworden, want het aantal redactionele pagina's neemt steeds maar toe.”

De bezetting van het redactieteam geeft de verscheidenheid aan onderwerpen een positieve impuls. Charlotte Piers: “De redactie komt twee keer per jaar fysiek bij elkaar om te evalueren en om te brainstormen over de thema's en artikelen voor de komende edities. We hebben dan ervaren MDL-artsen en aanstormend dokterstalent aan tafel en ook de verpleegkundig specialisten zijn vertegenwoordigd en hebben een belangrijke, inhoudelijke inbreng. Dat maakt dat we steeds weer met een goed gevulde map aan inhoud en daarmee met veel vertrouwen een nieuw jaargang ingaan.”



Al meer dan 45 jaar helpen de adviseurs van Van Luyken Communicatie organisaties op het gebied van strategische communicatie, reputatie- en issuemangement en crisiscommunicatie. Het bureau is onderdeel van de Van Luyken Groep. Via de labels *De Trainingsstudio* en *The Smart Engine* ondersteunen zij professionals met krachtige trainingen in communicatievaardigheden en tijdelijke versterking voor communicatieafdelingen.

Advertentie

Advertentie

Advertentie

Advertentie

Advertentie

Referenties MAGMA 3-2025

KWALITEIT Tegenstrijdige adviezen weerspiegelen discussie impact AI op klinisch relevante uitkomstmaten – p. 116-117

1. Artificial Intelligence–Assisted Colonoscopy for Polyp Detection. *Annals of Internal Medicine* 2024;177:1652-1663. DOI: [10.7326/ANNALS-24-00981](https://doi.org/10.7326/ANNALS-24-00981)
2. Foroutan F, Vandvik PO, Helsingen LM, et al. Computer aided detection and diagnosis of polyps in adult patients undergoing colonoscopy: a living clinical practice guideline. *BMJ* 2025;388:e082656. DOI: [10.1136/bmj-2024-082656](https://doi.org/10.1136/bmj-2024-082656)
3. Sultan S, Shung DL, Kolb JM, et al. AGA Living Clinical Practice Guideline on Computer-Aided Detection-Assisted Colonoscopy. DOI: [10.1053/j.gastro.2025.01.002](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2025.01.002)
4. Bretthauer M, Ahmed J, Antonelli G, et al. Use of computer-assisted detection (CAdE) colonoscopy in colorectal cancer screening and surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Position Statement. *Endoscopy* 2025;57:667-673. DOI: [10.1055/a-2543-0370](https://doi.org/10.1055/a-2543-0370)
5. Natalie H, Cesare H, Loredana C, et al. Benefits, burden, and harms of computer aided polyp detection with artificial intelligence in colorectal cancer screening: microsimulation modelling study. *BMJ Medicine* 2025;4:e001446. DOI: [10.1136/bmjmed-2025-001446](https://doi.org/10.1136/bmjmed-2025-001446)
6. Pilonis ND, Spsychalski P, Kalager M, et al. Adenoma Detection Rates by Physicians and Subsequent Colorectal Cancer Risk. DOI: [10.1001/jama.2024.22975](https://doi.org/10.1001/jama.2024.22975)
7. Patel HK, Mori Y, Hassan C, et al. Lack of Effectiveness of Computer Aided Detection for Colorectal Neoplasia: A Systematic Review and Meta-Analysis of Nonrandomized Studies. *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2024;22:971-980.e15. DOI: [10.1016/j.cgh.2023.11.029](https://doi.org/10.1016/j.cgh.2023.11.029)
8. Budzyń K, Romańczyk M, Kitala D, et al. Endoscopist De-Skilling after Exposure to Artificial Intelligence in Colonoscopy: A Multicenter Observational Study. *Lancet Gastroenterology and Hepatology* in press 2024. DOI: [10.1016/S2468-1253\(25\)00133-5](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00133-5)

THEMA: DE MDL-ARTS IN 2035 2035: virtual reality als standaard op de MDL-afdeling – p. 136-137

1. Al Wattar, B. H., Parchure, R., Koczoski, A., Rimmer, M. P., Khan, K. S., & Rogozińska, E. (2024). Efficacy of virtual reality for pain relief in medical procedures, A systematic review and meta-analysis. *BMC Medicine*, 22, Art. 126. DOI: [10.1186/s12916-024-03266-6](https://doi.org/10.1186/s12916-024-03266-6)
2. Chan, E., Foster, S., Sambell, R., & Leong, P. (2018). Clinical efficacy of virtual reality for acute procedural pain management, A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 13(7), e0200987. DOI: [10.1371/journal.pone.0200987](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200987)
3. Chen, G., Zhao, Y., Xie, F., et al. (2021). Educating outpatients for bowel preparation before colonoscopy using conventional methods vs virtual reality videos plus conventional methods, A

- randomized clinical trial. JAMA Network Open, 4(11), e2135576.
DOI: [10.1001/jamanetworkopen.2021.35576](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.35576)
4. Duong, T. Q., & Soldera, J. (2024). Virtual reality tools for training in gastrointestinal endoscopy, A systematic review. Artificial Intelligence in Gastrointestinal Endoscopy, 5(1), 92090.
 5. Ferlitsch, A., Schoefl, R., Poespoek, A., et al. (2010). Effect of virtual endoscopy simulator training on performance of upper gastrointestinal endoscopy in patients, A randomized controlled trial. Endoscopy, 42(12), 1049–1056. DOI: [10.1055/s-0030-1255818](https://doi.org/10.1055/s-0030-1255818)
 6. Găină, M. A., Szalontay, A. S., Ștefănescu, G., et al. (2022). State-of-the-art review on immersive virtual reality interventions for colonoscopy-induced anxiety and pain. Journal of Clinical Medicine, 11(6), 1670. DOI: [10.3390/jcm11061670](https://doi.org/10.3390/jcm11061670)
 7. Karaveli Çakır, S., & Evirgen, S. (2021). The effect of virtual reality on pain and anxiety during colonoscopy, A randomized controlled trial. Turkish Journal of Gastroenterology, 32(5), 451–457. DOI: [10.5152/tjg.2021.191081](https://doi.org/10.5152/tjg.2021.191081)
 8. Khan, R., Plahouras, J., Johnston, B. C., Scaffidi, M. A., Grover, S. C., & Walsh, C. M. (2018). Virtual reality simulation training for health professions trainees in gastrointestinal endoscopy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018(8), CD008237. DOI: [10.1002/14651858.CD008237.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD008237.pub3)
 9. Lewandowski, K., Kaniewska, M., Rosołowski, M., Kucha, P., & Rydzewska, G. (2021). The use of virtual reality to reduce stress among inflammatory bowel disease patients treated with vedolizumab. Journal of Clinical Medicine, 10(12), 2709. DOI: [10.3390/jcm10122709](https://doi.org/10.3390/jcm10122709)
 10. Mallari, B., Spaeth, E. K., Goh, H., & Yeo, E. (2019). Virtual reality as an analgesic for acute and chronic pain in adults, A systematic review and meta-analysis. Journal of Pain Research, 12, 2053–2085. DOI: [10.2147/JPR.S200498](https://doi.org/10.2147/JPR.S200498)
 11. Wren, A. A., Neiman, N., Caruso, T. J., et al. (2021). Mindfulness-based virtual reality intervention for children and young adults with inflammatory bowel disease, A pilot feasibility and acceptability study. Children, 8(5), 368. DOI: [10.3390/children8050368](https://doi.org/10.3390/children8050368)

THEMA: DE MDL-ARTS IN 2035 Voorkom dat zelfmanagement uitmondt in zoek-het-zelf-maar-uit-management – p. 141-143

Figuur 1. De generieke principes van een Academie voor Zelfzorg⁶

Academie voor Zelfzorg

*Eigen regie waar het kan,
professionele zorg waar nodig*

KOMPAZ



Referenties

1. Thomassen, B. J. M., Hendrix, E. M. B., Mujagic, Z., Smeets, F. G. M., de Jong, M. J., Gevers, T. J. G., Veldhuijzen, G., van der Horst, D., Scherpenzeel, M., Dijkstra, G., Kimman, M. L., Ament, S. M. C., & Pierik, M. J. (2025). What do patients and informal caregivers value in IBD care? A narrative inquiry. *BMC Health Services Research*, 25(1), 681. DOI: [10.1186/s12913-025-12823-5](https://doi.org/10.1186/s12913-025-12823-5)
2. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, WRR-rapport. 104, 9-20. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
3. Bosveld, M. H., van Bokhoven, M. A., Smits, A. G. M., Mertens, H. J. M. M., Klein, D. O., van Zandvoort, M., & van Mook, W. N. K. A. (2023). De Academie voor Patiënt en Mantelzorger: een palet aan activiteiten ter ondersteuning van de eigen regie van patiënten en hun mantelzorgers. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. DOI: [10.1007/s12508-023-00403-z](https://doi.org/10.1007/s12508-023-00403-z)
4. Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., & Whittemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144. DOI: [10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x](https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x)
5. de Jong, M. J., van der Meulen-de Jong, A. E., Romberg-Camps, M. J., Becx, M. C., Maljaars, J. P., Cilissen, M., van Bodegraven, A. A., Mahmmoud, N., Markus, T., Hameeteman, W. M., Dijkstra, G., Masclee, A. A., Boonen, A., Winkens, B., van Tubergen, A., Jonkers, D. M., &



- Pierik, M. J. (2017). Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 390(10098), 959-968. DOI: [10.1016/S0140-6736\(17\)31327-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31327-2)
6. Stichting KOMPAZ Nederland. (2025). *White paper: Knelpunten duurzame bekostiging zelfmanagementondersteuning*. <http://stichtingkompaz.nl/wp-content/uploads/2025/06/Knelpunten-zorgaanbieders-duurzame-bekostiging-Whitepaper-Stichting-KOMPAZ-NL.pdf>
-

THEMA: DE MDL-ARTS IN 2035 Zieke Zorg: verslag uit de frontlinie – p. 153-155

1. Thomassen, B. J. M., Hendrix, E. M. B., Mujagic, Z., Smeets, F. G. M., de Jong, M. J., Gevers, T. J. G., Veldhuijzen, G., van der Horst, D., Scherpenzeel, M., Dijkstra, G., Kimman, M. L., Ament, S. M. C., & Pierik, M. J. (2025). What do patients and informal caregivers value in IBD care? A narrative inquiry. *BMC Health Services Research*, 25(1), 681. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12823-5>
 2. Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2021). Kiezen voor houdbare zorg: Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, WRR-rapport. 104, 9-20. <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2021/09/15/kiezen-voor-houdbare-zorg>
 3. Bosveld, M. H., van Bokhoven, M. A., Smits, A. G. M., Mertens, H. J. M. M., Klein, D. O., van Zandvoort, M., & van Mook, W. N. K. A. (2023). De Academie voor Patiënt en Mantelzorger: een palet aan activiteiten ter ondersteuning van de eigen regie van patiënten en hun mantelzorgers. *TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. <https://doi.org/10.1007/s12508-023-00403-z>
 4. Schulman-Green, D., Jaser, S., Martin, F., Alonzo, A., Grey, M., McCorkle, R., Redeker, N. S., Reynolds, N., & Whittlemore, R. (2012). Processes of Self-Management in Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136-144. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2012.01444.x>
 5. de Jong, M. J., van der Meulen-de Jong, A. E., Romberg-Camps, M. J., Becx, M. C., Maljaars, J. P., Cilissen, M., van Bodegraven, A. A., Mahmmoud, N., Markus, T., Hameeteman, W. M., Dijkstra, G., Masclee, A. A., Boonen, A., Winkens, B., van Tubergen, A., Jonkers, D. M., & Pierik, M. J. (2017). Telemedicine for management of inflammatory bowel disease (myIBDcoach): a pragmatic, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet*, 390(10098), 959-968. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31327-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31327-2)
 6. Stichting KOMPAZ Nederland. (2025). *White paper: Knelpunten duurzame bekostiging zelfmanagementondersteuning*. <http://stichtingkompaz.nl/wp-content/uploads/2025/06/Knelpunten-zorgaanbieders-duurzame-bekostiging-Whitepaper-Stichting-KOMPAZ-NL.pdf>
-

THEMA: DE MDL-ARTS IN 2035 Zieke Zorg: verslag uit de frontlinie – p. 153-155

(Komende uit het boek en inclusief de enquête en een eerder stukje in Magma van mijn hand)

1. [https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekenfonds_\(Nederland\)](https://nl.wikipedia.org/wiki/Ziekenfonds_(Nederland))
2. <https://www.wrr.nl/binaries/wrr/documenten/workingpapers/2021/09/14/nederlandse-zorgbeleid-in-historischperspectief/WP+045-Het-Nederlandse-zorgbeleid-in-historischperspectief-1941-2017.pdf>
3. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30124-3.html>
4. <https://npokennis.nl/longread/7488/wie-profiteert-er-vanmarktwerking-in-de-zorg>
5. Guus van Montfort, De toekomst van de zorg en het zorgstelsel (Uitgeverij SWP, 2024).
6. <https://www.dnb.nl/statistieken/data-zoeken/#/details/eigen-vermogen-en-solvabiliteit-van-verzekeraars-solvencyii-jaar/dataset/3844bad3-a9ae-48e4-bc6e-8e708b5b28be/resource/0f31dd4a-ff38-419a-95c3-9c457aa40eb2>
7. <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-36410-XVI-32.html>
8. <https://www.nationaleombudsman.nl/publicaties/onderzoeken/burger-in-zicht>
9. <https://research.vu.nl/en/persons/ab-klink/publications/>
10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36857058/>
11. <https://farmanco.knmp.nl/>
12. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_767780_22/
13. <https://www.causeiq.com/organizations/joint-commissioninternational,363521721/>
14. Tweede Kamer, Kamerstuk 36278-6
15. <https://dica.nl/over-ons/>
16. <https://iknl.nl/nieuws/2022/dica-en-iknl-tekenen-intentieverklaring>
17. <https://www.vzinfo.nl/ziekenhuiszorg/gebruik>
18. <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/publicatie/2024/03/07/gegevensuitvraag-2024>
19. <https://www.artsenauto.nl/keurmerkenwaanzin/>
20. <https://www.bmj.com/content/363/bmj.k4011>
21. <https://www.inenaandezorg.nl/>
22. <https://projects.propublica.org/nonprofits/organizations/362229255219>
23. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/nieuwsartikel/specialisten-missen-generalistische-kennis-generalismemoet-de-norm-worden>
24. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174533>
25. <https://qualitysafety.bmj.com/content/32/4/202.long>
26. <https://qualitysafety.bmj.com/content/32/4/185>
27. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1415033/full>
28. <https://www.healthcaredive.com/news/negative-effects-of-rural-hospital-closings-go-beyond-health-study-finds/620700/>
29. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0174533>
30. <https://www.trouw.nl/opinie/stuur-patient-niet-als-een-nomade-langs-ziekenhuizen~b10c90a7/>
31. <https://esb.nu/ziekenhuisfusies-leiden-niet-aantoonbaar-totbetere-kwaliteit/>



32. <https://www.mijngezondheidsgids.nl/overige/samenwerken-inde-zorg/stijging-ziekenhuisfusies-leidt-tot-lagere-patienttevredenheid/>
33. <https://www.kalcio-healthcare.nl/wat-kunnen-we-leren-vangefuseerde-ziekenhuizen/>
34. <https://www.henw.org/artikelen/patient-niet-tevredener-nalanger-consult>
35. <https://www.medischcontact.nl/actueel/laatste-nieuws/artikel/diagnosefouten-verdienen-meer-aandacht>
36. <https://www.skipr.nl/nieuws/cliniclowns-verdienen-meer-danamsterdamse-verpleegkundigen/>
37. <https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviezen/2017/10/24/gezondheidsrisicos-door-nachtwerk>
38. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2817317>
39. <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/betere-begeleiding-moetuitstroom-verpleegkundigen-tegengaan-komende-jaren-zijn-er-100000-te-weinig/>
40. <https://www.bnnvara.nl/joop/artikelen/rutte-ouderenzorgafgebroken>
41. <https://www.cooperatievgz.nl/zorgaanbieders/wijkverpleging/service-en-contact/nieuws/client-vraagt-zelf-machtiging-aanvoor-niet-gecontracteerde-zorg220>
42. <https://www.actiz.nl/de-vraag-naar-wijkverpleging-veel-groterdan-het-aanbod>
43. <https://eenvandaag.avrotros.nl/item/zorgpersoneel-is-nog-altijd-40-procent-van-tijd-kwijt-aan-registraties-blijkt-uit-nieuwecijfers-er-is-niks-veranderd/>
44. <https://hcn.health/hcn-trends-story/medical-specialties-ranked-by-life-expectancy/>
45. <https://www.ggdzhz.nl/projecten-en-programmas/gezondeschool/gezonde-school>
46. <https://www.mdl.nl/sites/www.mdl.nl/files/files/Eindrapport%20enquête%202025.pdf>
47. Girbes, Armand, Unieke relatie tussen dokter en patiënt uitgehold. Magma Nr. 4 jrg 22 (dec 2016), p. 155–157
48. <https://www.skipr.nl/nieuws/zonmw-benoemt-kerncommissie-passende-zorg/>
49. <https://www.wyniasweek.nl/nza-waakhond-of-schoothondje-van-de-zorgverzekeraars/>

LEVER Zwangerschapscholestase bij gebruik thiopurines signaal om alert op te zijn – p. 160-161

1. Xin S, Liu M, Lai H, Nie L, Hong Y, Xiong Y, et al. The severity of intrahepatic cholestasis of pregnancy and its association with pregnancy complications and neonatal asphyxia: A single-center case analysis and systematic review. *Biomol Biomed.* 2024;24(6):1501-16. DOI: [10.17305/bb.2024.10588](https://doi.org/10.17305/bb.2024.10588)
2. Brouwers L, Koster MP, Page-Christiaens GC, Kemperman H, Boon J, Evers IM, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: maternal and fetal outcomes associated with elevated bile acid levels. *Am J Obstet Gynecol.* 2015;212(1):100.e1-7. DOI: [10.1016/j.ajog.2014.07.026](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2014.07.026)
3. van der Woude CJ, Ardizzone S, Bengtson MB, Fiorino G, Fraser G, Katsanos K, et al. The second European evidenced-based consensus on reproduction and pregnancy in inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2015;9(2):107-24. DOI: [10.1093/ecco-jcc/jju006](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jju006)
4. Thomas C, Monteil-Ganiere C, Mirallie S, Hemont C, Dert C, Leger A, et al. A Severe Neonatal Lymphopenia Associated With Administration of Azathioprine to the Mother in a Context of Crohn's Disease. *J CrohnsColitis.* 2018;12(2):258-61. DOI: [10.1093/ecco-jcc/jjx123](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjx123)



5. Carol HA, Ochfeld EN, Ahmed A. In-utero exposure to immunosuppressive medications resulting in abnormal newborn screening for severe combined immunodeficiency: a case series on natural history and management. *Immunol Res.* 2022.
6. Jharap B, de Boer NK, Stokkers P, Hommes DW, Oldenburg B, Dijkstra G, et al. Intrauterine exposure and pharmacology of conventional thiopurine therapy in pregnant patients with inflammatory bowel disease. *Gut.* 2013;63(3):451-7. DOI: [10.1136/gutjnl-2012-303615](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-303615)
7. Crouwel F, Simsek M, de Boer MA, Mulder CJJ, van Andel EM, Creemers RH, et al. Exposure to thioguanine during 117 pregnancies in women with inflammatory bowel disease. *J Crohns Colitis.* 2022. DOI: [10.1093/ecco-jcc/jjac183](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjac183)
8. Bentley BH, Cecil AE, Lippert WC. Atypical Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: A Red Herring: ACG Case Rep J. 2024 Apr 18;11(4):e01339. eCollection 2024 Apr.; 2024. DOI: [10.14309/crj.0000000000001339](https://doi.org/10.14309/crj.0000000000001339)
9. Khedr L, Ekram M. Azathioprine Associated with Intrahepatic Cholestasis in a Patient with Twin Pregnancy after a Second Kidney Transplant. *European journal of case reports in internal medicine.* 2024;11(4):004385. DOI: [10.12890/2024_004385](https://doi.org/10.12890/2024_004385)
10. Frank Wolf M, Sloma R, Akria L, Rimon E, Wiener Y, Carmiel Haggai M, et al. Azathioprine and 6-mercaptopurine-induced intrahepatic cholestasis of pregnancy: Case report and review of the literature: Taiwan J Obstet Gynecol. 2023 Sep;62(5):761-764. DOI: [10.1016/j.tjog.2023.07.023](https://doi.org/10.1016/j.tjog.2023.07.023)
11. de Groot EL, van Huet RAC, Bloemenkamp KWM, de Boer JH, Ossewaarde-van Norel J. Idiopathic multifocal choroiditis and punctate inner choroidopathy: an evaluation in pregnancy. *Acta Ophthalmol.* 2022;100(1):82-8. DOI: [10.1111/aos.14898](https://doi.org/10.1111/aos.14898)
12. Gunay E, Kaya S, Kavak S, Ocal E, Tunc N. Successful treatment of azathioprine-related cholestasis in a pregnant woman who received a kidney transplant. *J Obstet Gynaecol.* 2021;1-3. DOI: [10.1080/01443615.2021.1904226](https://doi.org/10.1080/01443615.2021.1904226)
13. Céruti H, Kayem G, Guilbaud L, Dussaux C, Gervais A, Beaufrère A, et al. Intrahepatic cholestasis of pregnancy associated with azathioprine: a case series. *Journal of gynecology obstetrics and human reproduction.* 2021;50(4):102083. DOI: [10.1016/j.jogoh.2021.102083](https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2021.102083)
14. Nasser R, Kurnik D, Lurie Y, Nassar L, Yaacob A, Veitsman E, et al. Thiopurine hepatotoxicity can mimic intrahepatic cholestasis of pregnancy: Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2020 Apr;44(2):e29-e31. Epub 2019 May 17. DOI: [10.1016/j.clinre.2019.04.004](https://doi.org/10.1016/j.clinre.2019.04.004)
15. Lauterbach R, Linder R, Vitner D, Solt I. Azathioprine-induced cholestasis of pregnancy-A new insight on azathioprine safety in pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2020.05.002](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.05.002)
16. Harrington P, Nelson-Piercy C, Williamson C, Cooper N, Kesse-Adu R, Robinson S. Refractory severe immune thrombocytopenia in a twin pregnancy. *Obstet Med.* 2018;11(1):35-8. DOI: [10.1177/1753495X17709188](https://doi.org/10.1177/1753495X17709188)
17. Guettrot Imbert G, Lazaro E, Tieulie N, Moachon L, Pannier E, Tsatsaris V, et al. Azathioprine : une cause réversible de cholestase gravidique au cours du lupus systémique. *La Revue de Médecine Interne.* 2018;39:A92. DOI : [10.1016/j.revmed.2018.10.365](https://doi.org/10.1016/j.revmed.2018.10.365)
18. Kanis SL, Modderman S, Escher JC, Erler N, Beukers R, de Boer N, et al. Health outcomes of 1000 children born to mothers with inflammatory bowel disease in their first 5 years of life. *Gut.* 2021;70(7):1266-74. DOI: [10.1136/gutjnl-2019-319129](https://doi.org/10.1136/gutjnl-2019-319129)
19. Selinger CP, Rosiou K, Broglio G, Lever G, Chiu CM, Stocker LJ, et al. Antenatal thiopurine exposure in women with IBD is associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Expert Opin Drug Saf.* 2023;22(11):1091-7. DOI: [10.1080/14740338.2023.2234813](https://doi.org/10.1080/14740338.2023.2234813)



20. Prentice R, Flanagan E, Wright E, Prideaux L, Connell W, Sparrow M, et al. Thiopurine metabolite shunting in late pregnancy increases the risk of intrahepatic cholestasis of pregnancy in women with inflammatory bowel disease, and can be managed with split-dosing. *J Crohns Colitis*. 2024;18(7):1081-90. DOI: [10.1093/ecco-jcc/jjae023](https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjae023)
 21. Joudaki S, Oladipupo O, Carbery I, Lenti MV, Selinger CP. Meta-Analysis: Pregnancies With Inflammatory Bowel Disease Complicated by Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2025;61(9):1430-6. DOI: [10.1111/apt.70096](https://doi.org/10.1111/apt.70096)
 22. Chang JY, Cheon JH. Thiopurine Therapy in Patients With Inflammatory Bowel Disease: A Focus on Metabolism and Pharmacogenetics. *Dig Dis Sci*. 2019;64(9):2395-403. DOI: [10.1007/s10620-019-05720-5](https://doi.org/10.1007/s10620-019-05720-5)
 23. Bayoumy AB, Simsek M, Seinen ML, Mulder CJJ, Ansari A, Peters GJ, et al. The continuous rediscovery and the benefit-risk ratio of thioguanine, a comprehensive review. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2020;16(2):111-23. DOI: [10.1080/17425255.2020.1719996](https://doi.org/10.1080/17425255.2020.1719996)
 24. Flanagan E, Wright EK, Hardikar W, Sparrow MP, Connell WR, Kamm MA, et al. Maternal thiopurine metabolism during pregnancy in inflammatory bowel disease and clearance of thiopurine metabolites and outcomes in exposed neonates. *Aliment Pharmacol Ther*. 2021. DOI: [10.1111/apt.16294](https://doi.org/10.1111/apt.16294)
-

ONDERZOEK Op zoek naar tweelingen met (en zonder) IBD voor bijzondere studie – p. 163-164

1. Gordon H, Blad W, Trier Møller F, Orchard T, Steel A, Trevelyan G, et al. UK IBD Twin Registry: Concordance and Environmental Risk Factors of Twins with IBD. *Dig Dis Sci*. 2022;67(6):2444-50. DOI: [10.1007/s10620-021-07080-5](https://doi.org/10.1007/s10620-021-07080-5)
2. Moller FT, Andersen V, Wohlfahrt J, Jess T. Familial risk of inflammatory bowel disease: a population-based cohort study 1977-2011. *Am J Gastroenterol*. 2015;110(4):564-71. DOI: [10.1038/ajg.2015.50](https://doi.org/10.1038/ajg.2015.50)
3. Santos MPC, Gomes C, Torres J. Familial and ethnic risk in inflammatory bowel disease. *Ann Gastroenterol*. 2018;31(1):14-23. DOI: [10.20524/aog.2017.0208](https://doi.org/10.20524/aog.2017.0208)
4. Brand EC, Klaassen MAY, Gacesa R, Vich Vila A, Ghosh H, De Zoete MR, et al. Healthy Cotwins Share Gut Microbiome Signatures With Their Inflammatory Bowel Disease Twins and Unrelated Patients. *Gastroenterology*. 2021;160(6):1970-85. DOI: [10.1053/j.gastro.2021.01.030](https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.01.030)